

CANCER DU LARYNX ET TUBERCULOSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 21 Juin 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre GROUÈS

Né le 7 Décembre 1909, à BARCELONNETTE (Basses-Alpes)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1934

CANCER DU LARYNX ET TUBERCULOSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1933-1934 N° 140

CANCER DU LARYNX ET TUBERCULOSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 21 Juin 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre GROUÈS

Né le 7 Décembre 1909, à BARCELONNETTE (Basses-Alpes)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1934

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET
BARRAL, ROLLET, DOYON.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales.....	PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	BONNET.
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	COLLET.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....	GAYET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie biologique et médicale.....	COURMONT.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	FLORENCE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	MANCEAU.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie externe	POLICARD.
Pathologie interne	HERMANN.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	LERICHE.
Anatomie pathologique	FROMENT.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	FAVRE.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique	Etienne MARTIN.
Pharmacie et Pharmacologie.....	ROCHAIX.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SAVY.
	LEULIER.
	PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie.....	MM. CONDAMIN.
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale.....	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie.....	NOEL.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chirurgie expérimentale.....	MM. TAVERNIER.
Stomatologie	PONT.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
MAZEL	WERTHEIMER	EPARVIER	CREYSEL
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT
DUFOURT	DECHAUME	MORENAS	PAUPERT-
DEVIC	BERNHEIM	REBATTU	RAVAULT
GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL	PIGEAUD
MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME	PONTHUS
ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN	MALMEJAC



EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. COLLET, président : ROUBIER, assesseur,
DEVIC et REBATTU

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A qui je dois tout je dédie ce faible
témoignage de ma vive affection et de
ma profonde reconnaissance.

A MA FEMME

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MA FAMILLE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR COLLET

Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous lui sommes très reconnaissant du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette thèse.

Nous le remercions également de l'accueil si bienveillant qu'il nous a toujours réservé.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ REBATTU

Médecin des Hôpitaux

Qui nous a inspiré ce travail. Nous n'oublierons jamais les nombreuses marques d'intérêt et de bienveillante sympathie qu'il nous a maintes fois prodiguées. Qu'il veuille bien accepter l'hommage de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUBIER

Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEVIC

Médecin des Hôpitaux

Qui ont bien voulu accepter d'être
nos juges.

A TOUS MES MAÎTRES DES HÔPITAUX
ET DE LA FACULTÉ



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554214_0045

CANCER DU LARYNX ET TUBERCULOSE

Introduction

Ayant eu l'occasion d'observer un cas de cancer du larynx chez un tuberculeux pulmonaire, nous avons fait à ce sujet quelques recherches qui nous ont amené à connaître les si intéressantes communications faites aux Sociétés lyonnaises par MM. Chevallier et Guichard, Bonnamour et Gaillard, Rebattu et Perron, et Pistre. Nous avons alors pensé qu'il serait intéressant de faire de cette question notre sujet de thèse.

La coexistence du cancer et de la tuberculose chez un même individu est rare. Si l'on veut bien considérer la fréquence de la tuberculose et du cancer qui sont, il faut le dire, les causes les plus courantes de la mort, on ne peut qu'être frappé par le fait que l'on pourrait compter les cas où ces deux affections sont réunies.

Les différents auteurs qui l'ont étudiée insistaient surtout sur les difficultés de diagnostic entre la nature néoplasique ou bacillaire des manifestations tumorales apparaissant chez des tuberculeux avérés. C'est l'éternel problème qui se pose si souvent en clinique, en présence de certaines néoformations laryngées, de savoir s'il s'agit de tuberculose, de cancer ou de syphilis.

En effet, la tuberculose laryngée présente souvent l'aspect d'une néoplasie : les tuberculoses pseudo-tumorales et les fibro-tuberculomes, bien étudiés par Portmann, ne permettent pas toujours, par l'examen laryngoscopique seul, de faire un diagnostic différentiel d'avec une tumeur maligne.

Tous les moyens de diagnostic doivent être employés par le clinicien, et la biopsie apporte bien souvent une révélation sur la nature exacte de la lésion.

Il convient, d'autre part, de différencier le cancer d'avec les néo-formations syphilitiques ou bacillaires : les recherches de bacilles de Koch répétées, les recherches sérologiques dans le sang, permettent parfois de poser un diagnostic. Mais encore, et l'on doit insister sur ce point, ce ne sera qu'après un examen clinique approfondi, complété souvent par la biopsie. Enfin, il faut le reconnaître, il arrive que l'on ne puisse faire qu'un diagnostic rétrospectif par la vérification *post mortem*.

Nous ne nous appuyerons que sur des cas de certitude et non sur des cas de présomption.

Nos recherches bibliographiques nous ayant fait trouver une riche documentation sur la coexistence du cancer et de la tuberculose chez un même individu, il nous a paru intéressant de faire un historique général des rapports de la tuberculose et du cancer.

Nous citerons ensuite les localisations au niveau des différents organes rapportées par les auteurs, puis nous en arriverons à la localisation laryngée du cancer coexistant avec une tuberculose qui fera plus spécialement l'objet de notre étude.

Il ne nous a pas été possible de réunir toutes les observations signalées dans les littératures française et étrangère. Nous nous bornerons à citer celles que nous n'avons pu retrouver et publierons « in extenso » les autres.

Nous nous efforcerons d'en dégager quelques considérations relatives aux particularités du tableau clinique et envisagerons aussi ce que l'on peut penser, à l'heure actuelle, de la doctrine de l'antagonisme et de la possibilité d'un rôle d'appel.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Depuis longtemps, la question de la coexistence du cancer et de la tuberculose a été discutée et les nombreux auteurs qui se sont intéressés à la question tiraient parfois de leurs études des conclusions opposées.

Après la période pendant laquelle cette éventualité fut considérée comme impossible, on en vint, après avoir reconnu la fausseté de cette assertion, à soulever la question d'un antagonisme entre ces deux affections pour expliquer la rareté des cas d'association.

De nos jours, on ne nie plus la possibilité rendue évidente par les moyens de recherches perfectionnés que nous possédons ; la doctrine de l'antagonisme elle-même est bien ébranlée pour la même raison ; enfin, un troisième problème a été posé : possibilité d'un rôle d'appel joué par l'un des deux processus vis-à-vis de l'autre.

Il est indéniable que les idées ont bien évolué et nous allons essayer de retracer cette évolution ; mais il est bon de dire, avant de commencer, qu'il est aussi difficile de grouper les divers auteurs en écoles

que de séparer des étapes nettes. En effet, les avis sont encore partagés et les innombrables contributions cliniques, anatomo-pathologiques, statistiques et expérimentales n'ont pas réussi à donner une réponse définitive à ces questions.

Pendant que nous travaillions à cette étude, le Docteur Prédaroli, d'Aiuto, publiait, en Italie, un travail sur la question. A son historique, très documenté, nous avons fait de larges emprunts.

En 1810, Bayle, dans sa première description systématique du cancer du poumon, insista le premier sur la coexistence de la tuberculose et du cancer et combattit l'hypothèse d'un antagonisme entre ces deux affections.

En 1837, Trousseau, dans son ouvrage sur la phtisie laryngée, publiait l'observation d'une néoplasie du larynx, avec tuberculose pulmonaire. Il reconnaissait donc la possibilité d'une telle coexistence.

Ce fut Rokitansky qui, en 1846, déclara avec ses recherches anatomo-pathologiques à l'appui, qu'il existait un antagonisme ; il admettait la possibilité d'apparition d'une tuberculose chez un cancéreux seulement au moment où la cachexie terminale a détruit les moyens de défense de l'organisme.

Lépine, puis Krishaber, en 1879, signalaient la coexistence chez un même individu.

Weber décrivit pour la première fois trois cas d'association cancer et tuberculose du même organe.

En 1882, la découverte du bacille de Koch rendit indubitable la possibilité de cette association. Les

contributions devinrent alors nombreuses. La première remarque faite par les auteurs fut la suivante :

La fréquente coïncidence des deux affections dans une même famille pouvait faire penser à l'existence d'un commun substratum héréditaire ; d'où les observations de Burdell, Riffel, et de Polizzi : ce dernier rapporta le cas, fort intéressant, d'une femme atteinte de cancer et tuberculose en pleine activité, chez laquelle le facteur héréditaire était d'une grande valeur (les parents et deux frères étaient morts de cancer ; une sœur vivante était cancéreuse ; une tante, le mari et cinq des dix enfants étaient morts de tuberculose).

D'où aussi l'opinion de Lubarsch, qui admettait que si le cancer n'était pas apparu chez des individus d'hérédité cancéreuse, ils étaient candidats à la tuberculose et vice-versa.

Williams affirmait que les individus prédisposés héréditairement à la tuberculose finissent toujours par un cancer.

Coley disait que la mortalité par tuberculose diminue d'autant plus que la mortalité par cancer augmente. Donc, ils admettaient que l'hérédité a beaucoup de valeur dans le déterminisme des deux affections, un cancer pouvant se développer sur un terrain héréditairement prédisposé à la tuberculose par exemple, mais ils n'admettaient pas que la tumeur pouvait se greffer sur une tuberculose en cours d'évolution.

L'idée de l'antagonisme que Pearls et Carlson confirmaient par leurs statistiques portant respectivement sur 1.632 et 11.195 autopsies était admise au

point que Pearls et Kaskey proposèrent de traiter les cancéreux par la tuberculine.

Dabney disait aussi qu'un processus tuberculeux actif pouvait exercer une action nocive sur une tumeur maligne.

Centanni et Rezzesi concluait de leurs observations « qu'une infection tuberculeuse s'oppose à la prolifération d'une tumeur, qui ne se développe que si la tuberculose s'éteint ; si, au contraire, le processus tuberculeux est en pleine évolution, la tumeur finit par disparaître définitivement ». Centanni, tout récemment (Congrès de Bologne, 1931) défendit ces théories et exposa le résultat de son expérimentation sur la souris : il envisageait, lui aussi, l'hypothèse que de ces notions pourraient naître des applications thérapeutiques et prophylactiques contre le cancer.

Il convient de mentionner aussi les expériences si intéressantes de Teutschlaender, qui montra que, par l'alimentation au foie tuberculeux, on pouvait faire régresser des tumeurs déjà bien développées ; mais ses expériences montraient aussi la possibilité de développement d'une tuberculose sur un cancer puisqu'il réussit à infecter secondairement, par des germes de tuberculose aviaire, des poulets atteints de sarcome de Pyton-Rous.

Sans aller aussi loin, de nombreux auteurs admettaient plus ou moins fermement l'action inhibitrice d'un processus tuberculeux en activité. Parmi ceux-ci, Lebrand, Carlone, Bell, Brixton, Gendrin, Suzne. Enfin, Beneke, Kurt Wolf, Reinhardt, Brinton étaient partisans de l'antagonisme, reconnaissant toutefois

comme Rokitansky en 1846, d'une part, qu'une tuberculose peut s'implanter chez un cancéreux arrivé au stade de la cachexie terminale, c'est-à-dire quand la résistance de l'organisme est déficiente ; d'autre part, qu'un cancer ne peut se développer chez le tuberculeux que lorsque le foyer évolue d'une façon torpide ou a tendance à la cicatrisation. J. Molinié dit qu'il faut reconnaître qu'aucune des deux affections ne saurait créer l'immunité vis-à-vis de l'autre et il conclut : « si leur coexistence est rare, c'est vraisemblablement parce que le cancer est plus fréquent chez les arthritiques, terrain peu propice à la tuberculose ».

De l'observation et de l'expérimentation sont nées des considérations bien différentes, pour ne pas dire entièrement opposées.

Schwalb, Shattoh, Ballance et Marshall affirmaient que la tuberculose ne prédispose pas au cancer, mais, par contre, Ribbert, Ewing, Orth disent qu'elle favorise son apparition.

Ainsi se pose la question du rôle d'appel.

Ménétrier, au chapitre Cancer du poumon et de la plèvre, du *Traité de Médecine et de Thérapeutique* de Brouardel, considère la tuberculose comme un agent pathogénique de valeur dans la production du cancer pulmonaire.

Parmi les défenseurs de cette théorie, il faut citer Cherry, qui expérimenta sur les souris blanches : celles-ci sont réfractaires à la tuberculose et sujettes au cancer spontané. En inoculant de faibles doses de bacilles de Koch, il vit apparaître, dans 55 % des cas, des tumeurs, alors qu'il n'en trouva que 3 %

dans le lot témoin. Il disait que la diminution de la mortalité par cancer, fait montré par les statistiques anglaises, trouvait là une explication en ce sens que l'augmentation du nombre des décès par cancer serait due au nombre sans cesse plus grand des individus qui, ayant subi au cours de leur vie une atteinte tuberculeuse, sont par ce fait prédisposés au cancer.

Junghans, de 1893 à 1912, trouva une coexistence dans 21,3 %, et de 1923 à 1927 elle s'est réduite à 8,1 %, diminution qui serait due à une diminution de la tuberculose.

Les statistiques de ces dernières années semblent militer contre l'hypothèse d'une telle corrélation : Riffel, Zenker, Wirchow et White pensent qu'elle ne peut être affirmée.

En faisant une moyenne des statistiques publiées par Ménétrier, Letulle, Kilkuth, Brechwoldt, Probt, Wolf, Katz, Zulka, Huguenin, Karrenstein, Muser, Sherman, Marchesani, Hutchinson, Casolo, Schmorl, et ayant trait à l'association de deux processus au niveau du poumon, nous l'avons trouvée 144 fois pour 917 cas de cancer, soit dans une proportion de 16,6 % des cas.

Nous nous contenterons de signaler ces idées, dans cet historique, sans les commenter.

Actuellement, les observations se rapportant à la coexistence, chez un même individu, sont variées et de plus en plus nombreuses. De nombreux cas ont été signalés, développés non seulement sur le même individu, mais aussi sur le même organe.

En résumé, on ne songerait plus à nier la possi-

bilité de la coexistence, mais pour expliquer la rareté des cas, de nombreux auteurs s'attachent à la doctrine de l'antagonisme, tandis que d'autres, par leurs études cliniques et anatomo-pathologiques, envisagent la possibilité d'un rôle d'appel.

Après avoir rapporté les observations précises que nous avons recueillies et discuté l'opinion des auteurs qui se sont particulièrement intéressés à la question, nous verrons, s'il est possible, actuellement, d'apporter une réponse définitive à cette question.

CHAPITRE II

De la coexistence de la tuberculose et du cancer chez le même individu

Localisations au niveau des différents organes

PEAU.

Les cas les plus démonstratifs et aussi les plus fréquents (jusqu'en 1902 Arolmson en recueille 134) se rencontrent au niveau de la peau. De nombreux cas ont été décrits et ne pouvant tous les analyser, nous donnerons seulement le nom des auteurs : Borchers, Scarparello, Alibert, Devergie, Zenker, Crone, Schwalbe, Hägeli, Hofmann, Plien, Raymond, Desbonnets, Morpurgo, Morestin, Bobbio, Porta et Gennari, Pacinotti, etc... De leurs observations, plusieurs de ces auteurs concluent à l'action favorisante de la lésion tuberculeuse par suite de l'apparition du cancer sur les lésions cutanées : lupus, fistule, ulcère ou cicatrice.

Rappelons à ce propos, dès maintenant, la théorie de Lumière du « cancer, maladie des cicatrices ».

Mais, d'autres auteurs citent la tuberculisation secondaire d'un cancer primitif : tel le cas de Hofmann, où l'on trouva des lésions tuberculeuses dans une récidive de tumeur opérée neuf mois auparavant ; dans le noyau primitif, aucune manifestation tuberculeuse n'avait été rencontrée, la tumeur s'était donc tuberculisée secondairement, éventualité beaucoup plus rare que la cancérisation d'une tuberculose cutanée.

POUMON.

D'une façon générale, les auteurs qui en ont publié des cas disent que ce n'est pas une rareté. De plus, ils pensent volontiers que, tout comme au niveau de la peau, le cancer est le plus souvent secondaire.

Ménétrier fait de la tuberculose une influence favorisante et il cite les cas de Friedlander et de Kurt Wolf où le développement du néoplasme s'effectua dans la paroi même de cavernes tuberculeuses à évolution lente ; influence probable également dans un cas de Hildebrand et dans les deux cas de Goyet et Naussac de cancer du poumon greffé sur cavernes tuberculeuses. Dans le cas cité par Ménétrier, il s'agissait d'une tuberculose fibreuse primitive.

Caussade, Milhet et Isidor ont publié, à l'occasion d'une observation personnelle, un mémoire fort intéressant sur « cancer et tuberculose associés au niveau du poumon ».

Derischanoff en rapporte un cas avec métastase des deux processus aux méninges et au cerveau.

Croisier en vérifia deux cas à l'autopsie ; Goglia présenta deux observations également, mais dans

l'une d'entre elles il s'agissait d'un cancer primitif du foie avec métastase au poumon atteint de tuberculose ulcéreuse.

Un cas de Lubarsch s'apparente à ce dernier, mais dans quatre autres cas le cancer s'était développé en plein foyer tuberculeux.

Nous citerons ici les observations de localisations bronchiques et trachéales : Kurt Wolf qui constate la localisation constante des cancers bronchiques au voisinage du hile, reconnaissant le point de départ des altérations ganglionnaires dues à la tuberculose ; Griffini l'a signalée au pourtour d'ulcérations tuberculeuses de la muqueuse trachéale ; Céllina rapporte un carcinome primitif des bronches avec tuberculose apicale ulcéro-caséuse.

Parmi les auteurs qui se sont occupés de la question, nous citerons encore : Wagazy, Ribbert, Karrestein, Marchesani, Wolf et Hermann, Béjack, Willy, Siegmond, Kikuth, Carmen, Pallasse et Despeignes, Hueser, Ferenckzy et Martolkzy, Casolo, Sonnefeld, Reinhardt.

SEIN.

L'association au niveau du sein est assez rare par rapport aux autres organes : ceci est sans doute dû à la rareté de l'atteinte de la glande mammaire par la tuberculose. Cependant, elle a été rencontrée par quelques auteurs, dont : Crawford (1892), Pilliet et Piatot (1897), Walther (1906), Massabuau (1909), Fischer (1909), Hartmann et Renaud, Kallemberger, Stier, Baldwin, Scheidegger, Frucke, Dupont et

Leroux, Rahm, Ramy, Noël, Gosset, Masson (3 cas). Franco, Putzn, Souplt, Anasmann, Garré, Quenn (2 cas), Salomoni.

Tantôt il s'agissait de cancer et tuberculose primitifs du sein, la tuberculose apparaissant sur un cancer ulcéré comme dans deux cas de Corsonello, tantôt le cancer se développait sur un sein tuberculeux, comme dans ceux de Tramontano et de Lucchese.

Tantôt il s'agissait de processus métastatiques, tel le cas de Goglia, qui observa un cancer mammaire avec métastase à un poumon associée à une lésion apicale.

Sgambatti trouva une métastase d'un adéno-carcinome dans un ganglion atteint de tuberculose.

Clément rencontra un carcinome du sein associé à une tuberculose des ganglions axillaires. Bobbio rapporte plusieurs cas dans lesquels le cancer du sein était associé à des ganglions tuberculeux. Polizzi rapporta, en 1928, trois cas d'association : dans un de ceux-ci, le cancer du sein se trouvait associé à une tuberculose pulmonaire. Enfin, Léavitt a réussi à réunir une vingtaine d'observations de coexistence sur le sein.

ORGANES GÉNITAUX.

Au niveau de la vulve, nous ne trouvons guère qu'une observation de Bobbio, dans laquelle une femme de 67 ans ayant un cancer ulcéré, présentait des métastases dans un ganglion inguinal en partie envahi par une tuberculose caséuse typique.

Brychta décrivit le premier l'association au niveau

du vagin en excluant tout rapport étiologique entre les deux processus.

Bobbio et Franque rapportent chacun deux cas d'association au niveau du col utérin. Wallart, en 1903, en publie un cas et conclut que c'est la tuberculose qui a provoqué la prolifération des glandes du col. Cette idée avait déjà été exprimée par Ribbert en 1894 et la plupart des auteurs qui ont fait des communications à ce sujet sont du même avis. Nous citerons Perroni qui, avec d'autres, pense que c'est la tuberculose qui « fait le lit du cancer » par les modifications apportées aux tissus.

Au niveau de l'utérus et des trompes, les cas signalés sont assez nombreux, toutes proportions gardées. Franque (1911) a rassemblé 16 observations. Herxheimer 5 cas, Kolynack 17 cas, Decio 15 cas, Pacinotti en signale un cas développé sur un utérus gravide de primigeste. Schmit en rapporte une observation. Enfin, Célina décrit un cas de cancer utérin associé à des lésions apicales scléro-caséuses avec généralisation granulique.

Au niveau des organes génitaux de l'homme, les observations sont beaucoup plus rares : 2 cas de cancer et tuberculose testiculaires ont été rapportés, l'un par Klinck en 1919, l'autre par Sakaguchi. Bobbio publie l'observation d'un sujet atteint de tuberculose testiculaire dont les ganglions inguinaux et cruraux étaient infiltrés de nodules tuberculeux. Enfin, au niveau de la prostate atteinte de tuberculose, D'Agata décrit une infiltration secondaire à un cancer du rectum ; semblable fait fut rapporté par Duvergey.

SYSTÈME NERVEUX.

L'association a été plus rarement décrite au niveau du système nerveux : nous signalerons l'observation de Chalié et Rebattu (1911), dans laquelle il s'agissait d'un sarcome de la dure-mère, avec généralisation chez un tuberculeux pulmonaire cavitairé.

De même, celle de Pallasse et Roubier : La vérification montra deux noyaux cancéreux au cerveau et une tuberculose pulmonaire qui, décelée cliniquement, avait fait faire devant les accidents nerveux le diagnostic de méningite tuberculeuse en plaques.

Vogt, en 1910, avait publié un cas d'association au niveau du cervelet.

TUBE DIGESTIF.

Intestin. — Des cas d'association au niveau du rectum ont été décrits par Rokitansky, Hofmann, Hartmann, Renaud, d'Agata, Zenker, Plien, Frank, Nageli.

Harbitz décrivit deux cas localisés à la région iléo-cœcale ; il disait que le cancer devait s'être développé sur la tuberculose préexistante.

Lubarsch en rapporte deux cas. Dans l'un d'entre eux, un cancer était apparu sur une tuberculose de l'iléon. Dans l'autre, le carcinome de l'iléon coexistait avec une bronchite tuberculeuse.

Nagéli a observé un cas de cancer pylorique et iléal, avec tuberculose péritonéo-intestinale. Dans un deuxième cas, il trouva le cancer et la tuberculose réunis sur le cœcum : il pensait que la tumeur avait succédé à la tuberculose.

Estomac. — Claude, Faltini, Lyle en ont rapporté des observations. Harbitz, en 1928, signalait trois cas « d'apparition simultanée de tuberculose et cancer du tube digestif ». Dans l'un, l'estomac présentait une ulcération dont le fond était tuberculeux et les bords cancéreux.

Fischera trouva sur un estomac réséqué, à côté du processus néoplasique, une tuberculose en activité.

Wolf, puis Polizzi (1928) signalèrent des cas de cancer de l'estomac avec tuberculose en activité.

Enfin, J. Chabaud publia l'observation que nous rapportons plus loin d'un tuberculeux pulmonaire atteint de cancer de l'estomac, puis de cancer du larynx.

OEsophage. — Croisier rapporte trois cas de cancer chez des tuberculeux ; deux cancers du poumon et le troisième était un cancer de l'œsophage chez un tuberculeux pulmonaire ; de même, Cléjat et Lepage, en 1904, ont rapporté l'histoire d'un tuberculeux pulmonaire avancé qui présentait une ulcération de la largeur d'une pièce de deux francs, de nature cancéreuse, faisant communiquer la trachée avec l'œsophage.

J. Chalié et Nové-Josserand, 1911, présentèrent à Lyon un sujet qui, tuberculeux pulmonaire cavitairé, avait en outre un cancer de l'œsophage avec péri-œsophagite suppurée et perforation de la trachée.

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas typique de cette localisation dans le service de notre maître, M. le Docteur Rebattu : il s'agissait d'un sujet âgé de 43 ans, ancien paludéen. Il présentait une dysphagie progressive avec régurgitation d'aliments

non imprégnés de suc gastrique et sans trace de sang. L'haleine n'était pas fétide.

L'œsophagoscopie pratiquée par M. Rebattu montra, à 24 cm. des arcades dentaires, une zone blanchâtre, indurée, au-dessous de laquelle on voyait une ulcération. La biopsie faite à ce niveau donna comme résultat : épithélioma ulcéré du type pavimenteux.

Le malade toussait beaucoup et crachait : l'examen des crachats montra la présence de bacilles de Koch. Aux poumons, on trouva : à gauche, pot félé au sommet et signes d'infiltration presque jusqu'à la base ; à droite : signes de caverne du sommet. La radioscopie confirma ces symptômes et montra toute l'étendue des lésions.

Zenker, Weyneth, Lubarsch, Pepper et Edsall, Deann et Gregg publièrent des cas d'association au niveau de l'œsophage.

Dans ces cas, d'une façon générale, les auteurs pensent que la tuberculose s'est implantée sur le néoplasme.

CAVITÉ BUCCALE.

Taddei décrivit un néoplasme de la muqueuse buccale généralisé aux ganglions cervicaux antérieurement atteints de tuberculose et semblable est le cas de Brémont, Rouslacroix et Bonnet où un cancer de la langue se généralisa dans des ganglions tuberculeux. Dans le cas de Beurmann et Gougerot, le cancer s'était greffé sur des lésions tuberculeuses de la langue et du pharynx chez un tuberculeux pulmonaire.

Dernièrement, Chevalier et Guichard présentaient

à Lyon un cancer du pharynx chez un tuberculeux pulmonaire et, plus récemment encore, Pistre présenta, avec une observation de cancer du larynx et tuberculose, un autre cas d'association dans lequel il s'agissait d'un épithélioma de la moitié gauche de la langue envahissant la loge amygdalienne, chez un tuberculeux ostéo-articulaire et génito-urinaire, syphilitique ancien.

Avant d'étudier particulièrement la localisation laryngée du cancer associé à la tuberculose, nous citerons quelques observations isolées d'association en des sièges divers :

Au niveau du rein, deux cas ont été rapportés : l'un d'eux par Mardon, l'autre par Lorenzetti.

Des cas d'association sur processus ostéo-myélique tuberculeux furent rapportés par Borchet et Devois.

Clément observa un cancer du maxillaire qui révéla un vieux processus tuberculeux des ganglions cervicaux. Dans un autre cas, les deux processus coexistaient au niveau de la parotide.

Herter et Lelièvre décrivirent un cas d'épithélioma de la paroi sous-ombilicale, associé à la tuberculose.

Bobbio rapporte un cas de prolifération maligne des ganglions carotidiens, avec tuberculose de la peau sus-jacente.

Et un autre cas dans lequel un cancroïde de la région temporale coexistait avec une tuberculose de la glande sous-maxillaire gauche.

Diétrich et Héneck observèrent l'association du lymphome malin et de la tuberculose.

Badile rapporte un cas d'angio-sarcome métastatique dans un poumon tuberculeux.

Des cas de sarcome associé à la tuberculose ont été rapportés par Poncet, Delbet, Ricker, Trendweiller, March, Iscovesco. Cette association est exceptionnelle.

Enfin, Fischer communiqua à la Société Médicale de Fribourg un cas d'adéno-carcinome des voies biliaires, propagé au foie, avec de nombreux nodules tuberculeux chez un bacillaire pulmonaire ancien.

Divers auteurs, parmi lesquels Duvergey et Jeaneney, Taddéi, Dessaint, etc... ont rapporté des observations de l'association de cancer et tuberculose sur des ganglions. L'un des processus envahissait le système lympho-ganglionnaire primitivement atteint par l'autre.

C'est ici tout le problème des généralisations et métastases par voie lymphatique qui se poserait ; il prêterait à de longs développements, bien en dehors de notre sujet. Nous n'en retiendrons que la possibilité montrée, une fois de plus, du développement d'un des deux processus sur un terrain déjà envahi par l'autre.

CHAPITRE III

Observations

Nous croyons utile, pour la clarté de l'exposition, de classer les observations que nous allons citer ou rapporter, de la façon suivante : un premier groupe comprendra les observations dans lesquelles le cancer du larynx apparaît chez un tuberculeux pulmonaire.

Ce sont les cas les plus fréquents.

Nous en rapportons cinq cas, observés dans le service de notre maître, M. Rebattu.

Nous réunirons dans un second paragraphe les observations dans lesquelles le cancer se développe sur un larynx présentant des lésions tuberculeuses. A côté de ces deux groupes, signalés par le Professeur Collet, en 1913, dans son ouvrage sur « La tuberculose du larynx et des voies respiratoires », au chapitre « Tuberculose et cancer », on peut envisager, croyons-nous, une troisième catégorie comprenant les cas de tuberculose se développant sur un larynx cancéreux.

C'est là une éventualité beaucoup plus exceptionnelle.

Nos observations seront donc classées de la façon suivante :

- § 1. — Cancer du larynx et tuberculose extra-laryngée ;
- § 2. — Cancer du larynx apparaissant au cours de la tuberculose laryngée ;

§ 3. — Tuberculose laryngée se développant sur un cancer du larynx.

Il est bon cependant de signaler dès maintenant que, lorsqu'il s'agit de déduire quelques considérations, ces trois catégories se ramènent à deux classes seulement, mais entièrement différentes :

- 1° — Cancer du larynx et tuberculose extra-laryngée, nous dirions presque : et tuberculose pulmonaire : éventualité la plus fréquente ;
- 2° — Cancer du larynx et tuberculose laryngée cliniquement primitive.

I. — Cancer du larynx
et tuberculose extra-laryngée

Trousseau publiait, en 1837, l'observation d'un sujet atteint de néoplasme du larynx, avec tuberculose pulmonaire.

En 1879, R. Lépine, ainsi que Krishaber, signalaient cette même coexistence. Dans le cas de R. Lépine, il s'agissait d'un sujet porteur d'une tumeur sous-glottique, ayant envahi le vestibule laryngé. Le titre de la communication était : « Ancienne phtisie pulmonaire guérie — Epithélioma du larynx — Tuberculose récente — Mort. »

En effet, l'autopsie révéla au niveau du larynx un épithélioma cylindrique tubulé et lobulé, et au poumon des lésions tuberculeuses récentes à côté de vieilles lésions cicatrisées.

C'est en 1896 que Clifford Beale rapporta un cas plus complexe. Le malade était atteint à la fois de tuberculose pulmonaire et testiculaire et de cancer du larynx et de l'œsophage.

Bar, en 1897, porta le diagnostic de tumeur maligne du larynx chez une femme tuberculeuse ; mais il n'y eut pas de contrôle anatomo-pathologique.

Mathieu de Challes eut l'occasion d'observer, en 1907, chez un homme au mauvais état général et au passé pulmonaire suspect, un syndrome laryngé, avec dysphonie et dyspnée. L'examen pulmonaire révélait des signes non douteux de bacillose et, au niveau du larynx, on trouva une tumeur non ulcérée sur la corde vocale gauche, obstruant la glotte. L'ablation fut pratiquée par les voies naturelles : il s'agissait d'un sarcome fibro-blastique. Une récurrence conduisit à pratiquer une excision large, après thyrotomie. Le sujet mourut de tuberculose pulmonaire confirmée, mais pas de récurrence du néoplasme.

Dans ce cadre entre également une des trois observations de J. Chabaud, que nous rapportons.

Au cours de la même année, c'est-à-dire en 1927, Stenberg en avait publié un cas sous le titre « Tuberculose du larynx associée à un cancer du larynx simulant une bacillose laryngée par la multiplicité des infiltrations ».

Dans un cas rapporté par Riberon, le cancer était très étendu. Il s'agissait d'un épithélioma laryngo-pharyngo-aryténo-épiglottique.

Portmann et Trautmann publièrent le cas d'un homme de 65 ans, qui présentait une ulcération de la

moitié droite du larynx, associée à une tuberculose pulmonaire du sommet gauche. Les deux premières biopsies montrèrent un simple processus inflammatoire, tandis que la troisième montra qu'il s'agissait d'un épithélioma spino-cellulaire.

Portmann, Despons et Vernier observèrent un épithélioma spino-cellulaire du sillon glosso-épiglottique chez un tuberculeux pulmonaire.

Nous ne pouvons rapporter en entier toutes les observations : nous nous limiterons aux plus typiques et dont le diagnostic est absolument certain et confirmé par les examens histopathologiques et bactériologiques. Quatre d'entre elles sont inédites et ont été recueillies récemment dans le service de notre maître, le Docteur Rebattu.

OBSERVATION I

(Inédite)

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ.

1° Syndrome laryngé ayant abouti à une dysphonie presque complète et à une dysphagie progressive. Examen laryngé : lésion ulcéro-végétante très étendue, qui est considérée comme néoplasique.

Biopsie : Epithélioma spino-cellulaire.

2° Volumineuse adénopathie sous-angulo maxillaire droite.

3° Vieux tousseur et cracheur. Tuberculeux pulmonaire.

Bacilles de Koch dans les crachats.

Cancer du larynx et tuberculose pulmonaire.

L... P., 47 ans, manœuvre, qui avait été vu à l'hôpital de

la Charité, par le Professeur Collet, passe dans le service du Docteur Rebattu, le 20 avril 1934.

A. P. — Convulsions dans l'enfance.

Soigné à l'Hôtel-Dieu, salle Raphaël-Lépine, en 1928, (œdème des jambes, gros cœur, gros foie), où il reste 3 mois, puis il passe un mois à Longchêne. Ethylisme (3 litres de vin par jour).

Le malade a toujours beaucoup toussé et craché. Des radiographies sont faites à la Charité le 17 avril 1934 ; elles montrent :

Radiographie. — Le poumon gauche est pommelé dans sa totalité aussi bien à l'extrême base qu'au sommet. Le poumon droit est très clair dans son ensemble, comparativement à l'autre champ pulmonaire, mais du hile partent des travées fibreuses et toute la région péri-hilaire présente de petites pommelures. On y note des nodules calcifiés. L'aspect du poumon gauche permet de penser à une bacilliose d'origine pleurogène, le poumon ayant étéensemencé par la plèvre dans sa totalité. Le cœur est légèrement hypertrophié et l'aorte un peu élargie.

Deux examens de crachats pour la recherche du bacille de Koch ont été négatifs.

L'affection actuelle remonte à 5 mois environ.

L'enrouement persistant, dont le malade ne peut préciser la date d'apparition, s'est alors aggravé, pour aboutir à une dysphonie presque complète.

A cette époque également est apparue la dysphagie, ainsi qu'une adénopathie volumineuse dans la région cervicale droite. Actuellement, cette adénopathie sous-angulo maxillaire droite déforme la région cervicale. Elle est formée de ganglions assez adhérents qui, en se développant, ont refoulé un kyste sébacé très ancien. A gauche, on trouve quelques ganglions dans la gouttière carotidienne, isolés et immobiles.

Au larynx (D^r Rebattu). — Il n'existe plus trace d'épiglotte. La base de la langue est envahie et, à la place de l'épiglotte, on trouve une ulcération, à bords relevés, qui se continue à droite

par une sorte de ligne ulcérée remplaçant le sillon aryténo-épiglottique et arrivant en arrière jusqu'à l'aryténoïde droit, complètement ulcéré et méconnaissable.

A gauche, la face latérale du larynx forme une masse végétante de coloration blanchâtre, irrégulière, mamelonnée jusqu'au niveau de l'emplacement de l'aryténoïde gauche.

Les moignons d'aryténoïdes sont séparés par un véritable sillon profond.

Les lésions descendent dans l'intérieur du larynx occupant la totalité des bandes ventriculaires, descendant jusqu'au niveau des cordes, qui sont méconnaissables. La lumière laryngée est remplacée par une ligne sinueuse, étroite, mais suffisamment perméable à l'air : le malade n'a pas de dyspnée.

A noter le caractère blafard, presque lardacé, de la surface ulcéro-végétante, occupant la presque totalité du larynx.

En aucun point on ne voit de surface saignotante.

Biopsie : le 25 avril 1934.

Le fragment ne laisse pas de doute. Il s'agit d'un *Epithélioma spino cellulaire*, à globes cornés, avec stroma-réaction inflammatoire lymphoplasmocytaire.

Le 28 avril 1934. — Examen de crachats sans homogénéisation : Présence de B. K.

OBSERVATION II

(Inédite)

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ.

1° *Syndrome laryngé* : à l'examen, tuméfaction rouge irrégulière, végétante, qui fait penser à un néoplasme. Deux biopsies sont négatives à cet égard. Une troisième biopsie apporte le résultat suivant : *Epithélioma spino-cellulaire*.

2° *Tuberculose pulmonaire*. Lésions du sommet droit avec image lacunaire à la Radio. Bacilles de Koch dans les crachats.

3° *Ganglions sous-maxillaires*.

G... A., 61 ans. Est envoyé dans le service par le Docteur Bertoin.

A. — Rien à signaler ; nie la spécificité ; marié : femme en bonne santé ainsi que 3 enfants ; pas de fausse couche. L'affection actuelle semble avoir débuté il y a un an environ, par un enrouement persistant.

Il y a 6 mois, le malade a commencé à ressentir une légère douleur siégeant à gauche au niveau de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde.

Jusqu'ici, pas de dysphagie, mais le malade tousse et crache beaucoup.

Deux biopsies ont été pratiquées ; dans les deux cas, la réponse a été négative : « on ne trouve pas de trace de néoplasme », 14 février 1934.

A l'entrée : 14 février 1934. Malade au bon état général, un peu amaigri cependant.

A l'examen : ganglions sous-maxillaires bilatéraux, petits, roulant sous le doigt, mais dont la consistance semble moins dure que celle de ganglions néoplasiques véritables. A l'examen de la bouche, rien d'anormal.

20 février 1934. *Au larynx.* — Il existe au niveau de l'hémilarynx gauche une tuméfaction rouge irrégulière végétante de la bande ventriculaire qui cache entièrement la corde sous-jacente. L'infiltration va gagner la partie inférieure de l'épiglotte et tend à se propager du côté de la bande ventriculaire opposée. L'aryténoïde est un peu œdématisé à gauche.

L'aspect franchement rouge végétant de la lésion, sa prédominance unilatérale sur la bande ventriculaire ont fait songer avant tout à un néoplasme. Les deux biopsies négatives orientent actuellement le diagnostic vers la spécificité d'autant plus que la lésion semble gagner sur la bande ventriculaire opposée de façon très irrégulière. On fait un B.-W. et on commence un traitement au bismuth associé à l'iodure.

21 février 1934. — B.-W. négatif.

Le 2 mai 1934 (Docteur Mounier Kuhn). — Ce qui frappe

avant tout c'est la propreté des lésions pharyngées qui ne paraissent ni ulcérées ni saignotantes. Elles sont bourgeonnantes aussi bien au niveau de la face postérieure de l'épiglotte que de la bande et de la corde vocale. Mais le replis ary-épiglottique est le siège d'un volumineux œdème.

Nouvelle biopsie. Résultat le 4 mai 1934 :

Le diagnostic ne laisse pas de doute. Il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire avec infiltration inflammatoire du stroma. Signé : Docteur J.-F. Martin.

Le malade, pendant la période qui sépare ses deux séjours dans le service a été radioscopé : on a découvert des lésions du sommet droit avec image lacunaire.

Une analyse de crachat a été pratiquée alors qui a montré la présence de bacilles de Koch.

Etat général très satisfaisant.

OBSERVATION III

(Inédite)

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ.

1° *Tuberculose pulmonaire bi-latérale* : Signes discrets à l'auscultation. *A droite*, râles de bronchite énormes, diffus, et emphysème. *A gauche*, vibrations abolies. A la percussion, sonorité à la base, matité au sommet. A l'auscultation, râles de bronchite diffus ; râles muqueux aux deux temps de la respiration. Quelques signes de ramollissement au sommet.

Autopsie. Examen histopathologique du poumon. — Lésions de broncho-pneumonie tuberculeuse avec des amas nodulaires caséifiés, des cellules géantes en bordure et des lésions d'alvéolite au pourtour.

2° *Syndrome laryngé* dysphonie et dysphagie. *Au larynx* (Docteur Gaillard) : Obstruction laryngée par une très grosse infiltration diffuse surtout dans la région aryténoïdienne pos-

térieure. Aspect plutôt pâle, grisâtre, avec abondantes sécrétions purulentes.

Pièce d'autopsie : examen histopathologique. — Epithélioma épidermoïde spino-cellulaire avec globes épidermiques.

H... Auguste, 48 ans.

A. C. et A. H. — Rien à signaler.

A. P. — Marié, a eu 3 enfants. L'un est mort à 11 ans d'une tuberculose avec localisations articulaires multiples, l'autre est mort à 3 ans anémique ? Enfin un petit garçon mort des suites d'une rougeole à 11 mois. Lui-même n'a jamais eu de pleurésie et n'était pas un tousseur. D'autre part, il nie l'alcoolisme et la spécificité.

22 mars 1933. — Le malade entre dans le service du Docteur Goyet. L'affection actuelle remonterait seulement au mois de décembre : c'est à ce moment, raconte-t-il, qu'à la suite d'un coup de froid, aurait débuté sa laryngite : dysphonie intense accompagnée de dysphagie obligeant le malade à abandonner son travail ; il avait énormément de peine pour respirer ; d'autre part, ne pouvait plus s'alimenter et dès ce moment commençait à tousser, cracher, perdait ses forces et avait des sueurs nocturnes. En janvier, il voulut reprendre son travail mais au bout de quelques jours, il dut s'aliter.

A l'entrée. — Malade considérablement amaigri, très dyspnéique, mais surtout présentant des quintes de toux violentes, se terminant par une expectoration abondante muco-purulente.

Température à 38°2.

Par ailleurs dysphonie et dysphagie l'empêchant de s'alimenter ; il ne peut guère prendre que des bouillons ou purées bien écrasées.

Examen pulmonaire. Inspection : Petit thorax, globuleux.

A gauche palpation : les vibrations ne passent pas.

Percussion : sonorité à la base, matité au sommet.

Auscultation : Murmure vésiculaire modifié par l'adjonction de nombreux râles de bronchite diffus ; râles muqueux aux

deux temps de la respiration. Pas de signes de caséification, sauf peut-être au sommet quelques signes de ramollissement

En avant, les signes sont moins nets, sonorité exagérée à la percussion ; à l'auscultation, absence de murmure ; en avant emphysème.

Poumon droit : mêmes signes qu'à gauche.

Radiographie : Les sommets sont assez clairs, mais les deux champs pulmonaires sont gris. Les hiles sont surchargés et des travées fibreuses en partent qui rayonnent dans les deux champs. Nombreux nodules calcifiés. Pas d'images lacunaires.

Examen de crachats : *Homogénéisation* : pas de B. K.

Appareils cardio-vasculaire, génito-urinaire, nerveux : Rien à signaler.

Réaction de Wassermann : *négative*.

29 mars 1933. *Au larynx* (Docteur Gaillard). — Obstruction laryngée par très grosse infiltration diffuse, surtout dans la région aryénoïdienne postérieure. Aspect plutôt pâle grisâtre, avec abondantes sécrétions purulentes.

Diagnostic probable : Tuberculose laryngée, mais il est difficile de l'affirmer. D'autre part, menace d'asphyxie qui interdit momentanément la biopsie.

Le 30 mars 1933. — Le malade passe dans le service du Docteur Rebattu et meurt dans la nuit qui suit son admission en proie à des phénomènes asphyxiques, dyspnéique, cyanosé, mais sans dyspnée laryngée.

Pièces d'autopsie. Examens histopathologiques : Docteur Martin.

Fragment de larynx : Epithélioma épidermoïde spino-cellulaire avec globes épidermiques.

Fragment de poumon : Lésions de broncho-pneumonie tuberculeuse avec des amas nodulaires caséifiés, des cellules géantes en bordure et des lésions d'alvéolite au pourtour.

Pas de ganglions.

OBSERVATION IV

(Inédite)

Ce malade a été vu à la consultation. On n'en possède pas une observation complète, mais cependant on a noté les données précises qui nous permettent de rapporter son cas.

T... F., menuisier, 42 ans.

1° Tuberculose pulmonaire décelée par les examens cliniques, radiologiques et les recherches de Bacille de Koch positives.

2° Syndrome laryngé avec dysphonie et dysphagie ayant évolué progressivement, mais actuellement stationnaires et état général bien conservé. Une première biopsie montre des lésions inflammatoires banales.

Une deuxième biopsie, donne le résultat suivant :

« Epithélioma baso-cellulaire surtout développé en profondeur sous forme de grosses travées raccordées entre elles et remplies de cellules indifférenciées, mais dans lesquelles les mitoses abondent. Dans le stroma de soutien, on retrouve plus ou moins aplaties, quelques glandes du type salivaire perdues au milieu d'infiltrats lymphoplasmocytaires ».

Le malade continue à mener une vie active et présente un bon état général.

Pas de ganglions.

Pas de dyspnée laryngée.

OBSERVATION V

(REBATTU et PERRON)

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ.

1° Tuberculose pulmonaire ; B. K. dans les crachats.

2° Syndrome laryngé ; enrrouement persistant et progressif depuis un mois et demi. Puis dysphagie progressive. Pas de dyspnée. L'examen, malgré l'état du sujet, n'entraîne pas la

conviction de la nature tuberculeuse des lésions laryngées. Un examen ultérieur montre que ces lésions prennent un caractère bourgeonnant. Biopsie ; pas de ganglions.

Biopsie : Epithélioma spino-cellulaire à globes cornés. Mort dans la cachexie, jamais de dyspnée laryngée.

B... J., 51 ans, entre le 27 novembre 1933 dans le service du Docteur Rebattu, à l'Antiquaille, pour dysphagie.

Il s'agit d'un malade arrivé à la phase terminale de sa tuberculose et qui présente, associés à ses troubles pulmonaires, des troubles laryngés.

On ne trouve rien à signaler dans ses antécédents.

Par contre l'interrogatoire apprend que depuis plusieurs années il tousse et présente des phases d'amaigrissement, mais il n'a jamais consulté de médecin, si ce n'est le mois dernier.

L'affection actuelle remonte à un mois et demi environ. A cette époque, le malade a présenté un enrouement persistant et progressivement croissant. Il y a huit jours seulement, il a commencé à se plaindre de dysphagie progressive d'abord marquée pour les solides puis pour les liquides.

Actuellement, dysphonie et dysphagie sont très accentuées et de plus le malade présente une toux quinteuse accompagnée d'expectoration nummulaire. Pas de dyspnée.

A l'entrée. — Malade amaigri, au facies pâle. La température est à 38°5. Son état fait d'emblée penser à la bacillose pulmonaire.

Aux poumons. — L'examen pulmonaire montre une matité presque complète des deux sommets prédominant à droite.

A l'auscultation on perçoit une diminution du murmure vésiculaire à gauche ; avec quelques râles au sommet ; gros râles humides sous la clavicule et dans tout le sommet droit.

Radioscopie. — Les deux poumons sont gris dans leur moitié supérieure. A droite, sous la clavicule on voit une zone arrondie plus claire entourée d'une zone très opaque qui paraît être une caverne ancienne. Le diaphragme se soulève mal à l'inspiration.

Bacilloscopie. — Faite le 21 novembre 1933 : Négative.

Au larynx. — Lésions diffuses occupant tout l'hémi-larynx droit, aryténoïdes, bande ventriculaire, corde mais amputant sur l'hémi-larynx gauche et intéressant la masse de l'épiglotte. Il s'agit de lésions ulcéreuses de coloration grisâtre, ne saignant pas, ne présentant en aucun point d'aspect rouge vif faisant penser au néoplasme. D'autre part, les lésions sont propres, non recouvertes d'exsudats muco-purulents avec intégrité de la corde vocale gauche ce qui, malgré l'expectoration abondante presque nummulaire, les lésions pulmonaires et l'état fébrile, n'entraîne pas la conviction de la nature tuberculeuse des lésions laryngées.

Depuis l'entrée, le malade présente une température oscillant entre 38° et 39°, son expectoration est abondante. Il maigrit.

Le 1^{er} décembre, nouvel examen du larynx. — Mêmes constatations. Pourtant, à la partie antérieure de la bande ventriculaire près de l'épiglotte, les lésions prennent un caractère bourgeonnant et une teinte plus rose. On se demande s'il ne s'agirait pas d'une association syphilis et tuberculose ou néoplasme et tuberculose, d'autant plus qu'un premier examen des crachats est négatif. Pas de ganglions.

On fait une *biopsie* : 2 fragments.

1° L'un pris sur la tumeur près de l'épiglotte.

2° L'autre pris sur la bande ventriculaire.

Le 11 décembre 1933 présence de B. K. dans les crachats ; le malade meurt le 18 décembre, cachectique.

Sa température n'est pas descendue au-dessous de 39° pendant les derniers jours.

Il n'y a jamais eu de dyspnée laryngée. L'autopsie n'a pu être faite.

Biopsie (Docteur Dechaume). — Sur les deux fragments il s'agit d'une lésion néoplasique ayant tous les caractères de l'épithélioma spino-cellulaire à globes cornés.

OBSERVATION VI
(MM. S. BONNAMOUR et René GAILLARD)

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ.

1° Tuberculose fibreuse bi-latérale.

2° Laryngite sans caractère tuberculeux évoquant plutôt l'idée d'une spécificité. Masse grisâtre qui fait l'objet d'une biopsie.

3° Décès au lendemain de la biopsie et en résumé :

Lésions néoplasiques du larynx du type baso-cellulaire chez un ancien tuberculeux fibreux avec poussée granulique ultime.

P..., 48 ans, manœuvre, est envoyé dans le service du Docteur Bonnamour, le 24 mars 1931, par le dispensaire d'hygiène avec le diagnostic de « tuberculose fibreuse bi-latérale avec laryngite tuberculeuse ».

A. H. — Mère morte de bacillose.

A. C. — Une sœur morte de bacillose.

A. P. — A 16 ans, grave maladie indéterminée avec température et amaigrissement considérable qui l'immobilise pendant un an. En 1912, bronchite soignée à l'hôpital sans B. K. Incorporé il fit un an de guerre sans blessure. Depuis, a eu plusieurs bronchites.

En 1922, séjour à l'Hôtel-Dieu, chez le Professeur Savy.

En 1926, opéré d'une fistule anale par le Docteur Cotte ; et chaque hiver depuis lors, il fait de la bronchite : tous les examens de crachats ont été négatifs.

La maladie actuelle a débuté en janvier dernier (1931) par toux, expectoration abondante, amaigrissement, sueurs nocturnes. Il n'a pas eu de température élevée. Les troubles vocaux sont très anciens et ont débuté il y a 17 ans. La voix enrouée et rauque reprend par périodes son timbre normal.

A l'entrée. — Thorax d'emphysémateux.

Sommet droit. — Respiration soufflante avec quelques bulles. Quelques râles bronchitiques hilaires.

A gauche. — Même respiration soufflante et craquements accentués après la toux au sommet, en arrière et en avant. A la base gauche, quelques frottements et râles humides de cortico-pleurite.

Examen des crachats. — Quelques rares B. K. sans microbes associés, nombreux globules blancs.

Examen laryngoscopique, 15 avril 1931. — Aspect de laryngite chronique hyperplasique diffuse, sans caractère tuberculeux. Sous la corde vocale gauche, on aperçoit une masse blanc grisâtre semblant être un fragment cartilagineux en voie de nécrose. L'aspect du larynx évoque plutôt l'idée de lésions spécifiques.

Abdomen, cœur, système nerveux. — Rien à signaler.

La température est normale ; le B. W. négatif.

Le 29 avril, biopsie sous anesthésie locale. Le fragment grisâtre se révèle comme un bourgeon charnu qui sera examiné par le Docteur Duplant.

Dans la nuit suivante, le malade est éveillé par une sensation d'étouffement, sans tirage, avec cyanose des extrémités. Oxygène, caféine, morphine, améliorent passagèrement l'état du malade, qui meurt au matin, comateux, avec asphyxie et cyanose, sans signe d'œdème pulmonaire.

Autopsie. — Pas de liquide dans les plèvres, pas d'adhérences.

Aux poumons. — Des deux côtés, anthracose des sommets ; tubercules d'allure infarctoïde sous-pleuraux avec arborescence ; dans les lobes supérieur et moyen de petits noyaux broncho-pneumoniques disséminés.

Le foie est cirrhotique. Rien aux autres organes splanchniques.

Au larynx. — Œdème de l'épiglotte. Lésions endo-laryngées bilatérales prédominant à gauche et dans les régions postérieures caractérisées par des ulcérations sèches cratéri-formes et des formations végétantes. L'infiltration des ary-ténoïdes et de l'épiglotte paraissant récente, rétrécit considérablement la cavité laryngée. Quelques ganglions cervicaux.

Examen histologique : biopsie. — Simple hypertrophie de l'épithélium malpighien avec formations papillaires plongeantes sans globes cornés.

Pièces laryngées d'autopsie. — Lésion d'évolution néoplasique du type baso-cellulaire. Aucune disposition pouvant être considérée comme tuberculeuse.

Ganglions. — Hypertrophie simple, pas de tubercules, pas d'infiltration néoplasique.

Poumons. — Deux des fragments prélevés correspondent à une région farcie de tubercules relativement récents, et arrivés au même stade de leur évolution. Il s'agit probablement d'une poussée ultime granulique. Une autre pièce correspond à une ancienne lésion de tuberculose devenue fibreuse. Au pourtour des tubercules, l'œdème pulmonaire avec dilatation des vaisseaux domine.

OBSERVATION VII

(R. CHEVALLIER et R. GUICHARD)

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ.

1° Tuberculose pulmonaire. A la Radioscopie, obscurité totale des deux sommets et spéléonque à la partie moyenne du poumon gauche. Quelques B. K. dans l'expectoration.

2° Tumeur ulcérée de l'hémilarynx gauche avec destruction partielle de l'épiglotte. Il ne semble pas s'agir de tuberculose, mais bien de syphilis ou de néoplasme.

Biopsie. — Néoplasme laryngé.

P... Henri, 46 ans, manœuvre. Le malade entre dans le service du Professeur Paviot pour dysphonie et dysphagie.

A. H., A. C. — Rien à signaler.

A. P. — Fumeur modéré. Nie l'éthylisme et la spécificité. Depuis son service militaire, enrouements périodiques et passagers. Le malade a commencé à maigrir il y a 5 mois. Il y a 6 semaines apparaît un enrouement persistant — l'aphonie

Observations	Age	Sexe	Antécédents	Mode de début	Examen laryngé	Et
<i>Bonnamour et Gaillard.</i>	48	M	Antécédents bacillaires : mère et sœur. Bronchiteux ancien.	Troubles vocaux depuis 17 ans. Laryngite à allure spécifique. Syndrome de tuberculose pulmonaire.	Laryngite sans caractère tuberculeux évoquant plutôt l'idée d'une spécificité. Masse grisâtre qui fait l'objet d'une biopsie.	Tuber latéral soufflements. Tubs.
<i>J. Chabaud. X.</i>	48	M	Congestion pulmon. il y a 4 ans. Opéré d'ulcus gastrique compliqué d'épithélioma.	Douleurs de gorge et enrouement dep. 3 semaines.	Larynx en entier infiltré et bourgeonnant, ulcération épiglottique. Odeur fétide, saigne facilement.	Subi somm. flante. Pr des pa à la ra
<i>J. Chabaud. XII.</i>	41	M	Broncho-pneum. il y a 10 ans. Dep. tuberculose pulmonaire et enrouement.	Dep. 6 mois, aggravation de l'enrouement et déglutition douloureuse.	Ulcérat. bourgeonnante et pâle portant sur la bande ventriculaire l'aryténoïde la corde vocale à droite.	Subm. des de dioscoj somme
<i>J. Chabaud. XIII.</i>	50	M	Laryngite tuberculeuse ancienne. Néphrectomie pour bacillose rénale.	Enrouement beau. plus marqué depuis 3 mois.	Tuméfaction bourgeonnante sur la C.V.D. Aspect d'épithélioma.	
<i>Chevallier et Guichard.</i>	46	M	Enrouements périodiques dep. 20 ans.	Dep. 6 m., aphonie dysphagie, dyspnée. Toux.	Tumeur ulcérée de l'hémi-larynx gauche av. destruction partielle de l'épiglotte.	Respi des deu obscuri mets, moy. d
<i>Pistre.</i>	42	M	Rien de marquant. Tousse et crache depuis longtemps.	Dep. 1 an, ganglions inquiétants. Dyspho et dysphagie progr.	Gr. tuméfaction de l'aryténoïde g., multilobée végétante recouv. d'enduits pultacés.	Subm. du por géode
<i>Portmann, Despons et Vernier.</i>	50	M	Tousseur ancien.	Gêne respiratoire ayant débuté il y a 18 mois.	Prolifération végétante du sillon glosso-épiglottique droit.	Tuber re bila
<i>Prédaroli.</i>	38	M	Catarrheux bronch. ancien.	Dep. 2 m. dysphonie et dysphagie. Expectoration muco-purulente striée de sang	Vaste ulcération laryngée av. végétations infiltrations et périchondrite.	Radio accentu hilaire. pulmor
<i>Rebattu et Perron.</i>	51	M	Rien à signaler. Vieux toussueur.	Enrouement dep. 1 mois et demi. Dysphagie dep. 8 jours.	Lésions scléreuses de l'hémi-larynx droit, propres, ne saignant pas.	Matité gros râ cule dr verne droite, gris.
<i>Inédite</i>	47	M	Congeste dans l'en	Dep. 5 mois, dis	Masse ulcéreuse végétante	

at pulmonaire	Ganglions	BK	Biopsie	Evolution	Autopsie
culose fibreuse bi- e. Respiration sou- nte et craque- aux deux som- Quelques râles.	Quelques gan- glions cervicaux.	BK +	Simple hypertrophie de l'épithélium mal- pighien av. format. papillaires plongeant- es, sans globes cornés.	Mort dans un état co- mateux av. asphyxie sans tirage et av. cya- nose des extrémités au lendemain de la biopsie.	Pièce laryngée : épi- thélioma base cellulaire Poum. : anciennes lé- sions tuberculeuses et poussée granulique. Œdème pulmon. au pourtour des tubercules
natité des deux Respiration souf- à droite. Despine ésomption de géo- rrahiliaires droites dio.	Ganglions sous- maxillaires.	BK —	Epithelioma inter- médiaire.	Très mauvais état gé- néral. On essaye de le remonter pour tenter un trait. radiothérapique.	
atité et craquem. ux sommets. Ra- pies : lésions du t droit.	Pas de ganglions.	BK —	Epithelioma atypique.	Bon état général. Ra- diothérapie apr. excision des cartilages thyroïdes.	
	Pas de ganglions.		Epithélioma spino-cellulaire.	Mauv. état général et amaigriss. qui semblent s'améliorer un temps, puis mort de broncho- pneumonie 2 ans après.	
: soufflante, râles ix somm. Radiosc té des deux som- averne à la part. u poum. gauche.	Pas de ganglions.	BK +	Epithelioma spino- cellulaire à pronostic histologique sévère.	Mort 17 jours après l'entrée dans le service dans la cachexie.	
atité des 2/3 supé- mon g. Radio : et tramite.	Volum. adéno- pathie cervicale antéro-latérale gauche.	BK +	Epithelioma spino-cellulaire.	Les lésions évoluent d'une façon rapide et importante malgré les sels d'or et la radiothé- rapie. Doul. intenses.	
culose pulmonai- térale.	Pas de ganglions	BK +	1° epith., spino-cell. 2° Epith. spino-cell. 3° Epith. baso-cellul.	En 1927, épiglottectom. En 1928, biopsie totale, p. diathermo coagulat. Etat général excellent.	
: Peut être légère iation de l'ombre Rien aux champs aires.	Volumin. adéno- pathie des rég. sous-max. et cer- vicale.	BK —		Cachexie progressive et mort par phénomènes asphyxiques.	Les pièces laryngées montrent l'intrication des deux proc, cancer et tuberculose. De mê- me les ganglions.
des deux somm. les sous la clavi- oite. Radio : ca- sous la clavicule les sommets sont	Pas de ganglions	BK +	Epithélioma spino- cellulaire à globes cornés.	Cachexie progressive et mort. Jamais de dysp- née laryngée.	L'autopsie n'a pu être faite.

s'installe, la déglutition devient douloureuse et s'accompagne de toux fréquente et de dyspnée sans expectoration sanglante.

A l'entrée. — Malade extrêmement amaigri. L'examen clinique pulmonaire montre une respiration extrêmement soufflante accompagnée de râles aux deux sommets en arrière. La *Radioscopie* montre une obscurité totale des deux sommets et une caverne à la partie moyenne du poumon gauche. Quelques B. K. dans l'expectoration.

Au larynx. — Tumeur ulcérée de l'hémilarynx gauche avec destruction partielle de l'épiglotte. Il ne semble pas s'agir de tuberculose, mais bien de syphilis ou de néoplasme.

B.-W. négatif dans le sang.

Cœur, viscères, système nerveux. — Rien à signaler.

Biopsie (Docteur Croizat). — Il s'agit d'un épithélioma Malpighien spino-cellulaire. On se trouve en présence d'une tumeur à pronostic histologique sévère. Il n'a pas été rencontré de formations spécifiques qui puissent indiquer une étiologie syphilitique démontrée. Les jours suivants, le malade s'affaiblit de plus en plus et il meurt 17 jours après son entrée dans le service.

OBSERVATION VIII

(BONNAMOUR et DUPLANT)

Cette observation a été publiée sous le titre « sur un cas d'atrophie rénale ».

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ.

1° Syndrome laryngé. Dysphonie puis dysphagie d'abord pour les solides, puis pour les liquides. Cancer du larynx. Pas de ganglions. Pas de dyspnée.

Autopsie. — Epithélioma Malpighien.

2° Tuberculose pulmonaire :

Autopsie. — *Poumon droit* : Quelques vieux tubercules crétacés.

Poumon gauche : Quelques adhérences avec petites cavernes

au sommet. Au bas du lobe supérieur, granulations avec zones d'hépatisation.

3° Atrophie rénale droite. — Rein gauche : 290 gr. Rein droit : 30 gr.

R... J.-C., 70 ans, a été examiné à la consultation du Docteur Rebattu. Rien à signaler dans ses antécédents. Le début de l'affection date de février 1933. Il s'est signalé un matin par de l'aphonie ; des phénomènes de dysphagie l'ont progressivement amené à supprimer l'alimentation solide et 6 jours avant l'entrée dans le service du docteur Bonnamour (2 octobre 1933) l'alimentation liquide ; il en résulta une cachexie extrême. La voix est éteinte et rauque. La déglutition est impossible, mais les tentatives ne sont pas douloureuses. Respiration normale, toux non douloureuse. Examen du pharynx : ne révèle rien, ni paralysie, ni tumeur. Pas de ganglions cervicaux. Rien à signaler à l'auscultation.

Réaction pupillaire normale. Réflexes tendineux normaux.

Examen laryngoscopique. — Immobilité complète de toute la partie droite du larynx avec infiltration et refoulement de cette paroi, mais sans ulcération de la muqueuse. La gouttière pharyngo-laryngée est encombrée de salive épaisse.

Le 5 octobre. — Gastrostomie pratiquée par le Docteur Santy avec de bons résultats ultérieurs. Le malade reprend des forces, mais il ne peut toujours pas avaler. Il meurt le 21 octobre.

Autopsie. — Poumon droit : Quelques vieux tubercules crétacés.

Poumon gauche : Quelques adhérences avec petites cavernes au sommet ; en bas du lobe supérieur, granulations avec zones d'hépatisation.

Larynx : Grosses lésions, surtout à gauche ; sur la muqueuse exsudat purulent granuleux faisant soupçonner la tuberculose ; l'épiglotte est altérée, la corde vocale complètement rongée. La trachée présente des lésions analogues ; quelques ganglions au voisinage ; ils ne peuvent avoir déterminé des phénomènes de compression.

Examen histologique. — Larynx : Epithélioma malpighien typique situé en profondeur.

Poumon : la pièce prélevée correspond à une zone complètement infiltrée de granulations tuberculeuses à divers stades d'évolution ; certains territoires sont congestionnés et sclérosés.

La dysphagie a dominé la scène clinique. Le poumon était tuberculeux à divers stades : granulations, cavernules, îlots bronchopneumoniques.

Jamais de dyspnée laryngée.

OBSERVATION IX (PISTRE)

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ.

1° Tousseur ancien. Expectoration abondante avec B. K. Submatité avec diminution des vibrations dans les deux tiers supérieurs du poumon gauche. Obscurité respiratoire.

Radio. — Tramite et géode dans le tiers supérieur du poumon gauche.

2° Syndrome laryngé, biopsie : tumeur spino-cellulaire.

3° Adénite cervicale antéro-latérale gauche.

Homme de 42 ans, grand et fort, entré dans le service d'oto-rhino-laryngologie, le 4 janvier 1934 ; il y est encore.

A. H. — Rien à signaler.

A. P. — Rien de marquant, sauf une toux et une expectoration anciennes, augmentées en 1933, sans altération de l'état général.

Depuis une année, il a noté l'apparition dans la région cervicale inférieure gauche, au-dessus de la clavicule, d'un ganglion, puis d'autres. En même temps, la déglutition devenait pénible sinon douloureuse et le sommeil était troublé. La tuméfaction externe augmentant rapidement, le malade vient à Grenoble et y subit en octobre et en décembre 1933, deux

séries de traitements par rayons X. Aucune amélioration n'en étant résulté, le malade entre dans le service.

A l'entrée : début janvier 1934, on note une tumeur mal délimitée siégeant dans la région cervicale antéro-latérale gauche du volume d'une pomme, lisse et d'une dureté li-gneuse, immobile, sans modification de la peau (adénopathie et cellulite). L'ensemble suspendu au larynx est notablement déporté vers la droite et seul se mobilise dans la déglutition.

Légère dysphonie que le malade dit être ancienne. La pupille gauche est en forte mydriase.

La laryngoscopie montre une glotte et des cordes vocales déjetées à droite, mais normales ; une grosse tuméfaction de l'aryténoïde gauche multilobée, végétante, et recouverte d'enduits pultacés.

L'examen histologique d'un fragment prélevé à ce niveau montre (17 janvier 1934) :

Tumeur atypique d'un tissu épithélial du type spino-cellulaire avec présence de quelques globes cornés. Le point de départ concerne la muqueuse ; on voit du tissu cartilagineux et du tissu glandulaire non loin du précédent.

L'examen clinique de l'appareil respiratoire (Docteur Lamy) permet de constater une submatité avec diminution des vibrations vocales dans les deux tiers supérieurs du poumon gauche avec en arrière de l'obscurité respiratoire. Il n'y a pas d'adventices. En somme, pas de signes de tuberculose en évolution.

Expectoration abondante muco-purulente avec présence de B. K. (4 par champ).

La radiographie décèle des lésions de tramite avec géode dans le tiers supérieur du poumon gauche.

Rien de particulier dans les autres appareils ou organes.

La tension artérielle est de 12,5/9 au « Vaquez ».

Urines normales. B.-W. négatif.

L'examen du sang donne :

Globules rouges 3.400.000
Globules blancs 11.000
Hémoglobine 55 % d'où $G = 0,80$.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires N 74 %

B 0

E 2 %

Mononucléaires L 2 %

M 18 %

Lymphocytes 4 %

Légère anisocytose.

Actuellement (début mars) malgré un traitement intensif aux sels d'or et aux rayons X, les lésions ont évolué d'une façon rapide et importante. Le malade a maigri, est pâle, sans forces, sans appétit. La voix a faibli. En raison des douleurs de compression tumorale, le sommeil est difficile à obtenir même avec des doses répétées d'hypnotiques. La toux et l'expectoration sont plus abondantes. La tuméfaction du cou a pris une grosse extension et s'est polylobée. Elle tend à l'extériorisation avec ramollissement et fistulisation à la peau. Les ponctions répétées des points pseudo-fluctuants n'ont ramené que du sérum sanguinolant, aseptique et stérile aux examens et dont l'inoculation au cobaye n'a pas encore donné de résultat.

OBSERVATION X

(J. CHABAUD)

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ.

- 1° Opéré d'ulcère de l'estomac compliqué d'épithélioma.
- 2° Signes cliniques et radioscopiques de tuberculose pulmonaire ; pas de B. K. dans les crachats à plusieurs reprises.
- 3° Syndrome laryngé ; douleurs et enrouement. La biopsie montre : épithélioma intermédiaire. Ganglions sous-maxillaires.

4° Par ailleurs, rien à signaler si ce n'est un B. W. légèrement positif.

G. D..., 48 ans, vient à la visite pour douleurs de gorge et enrouement. Douleurs depuis trois semaines, au maximum la nuit et à la déglutition. Salivation abondante, pas de régurgitations.

A. H. — Rien à signaler.

A. P. — Rougeole dans l'enfance ; s'enrhume facilement ; congestion pulmonaire il y a quatre ans. Il y a un an (juillet 1926), opéré pour ulcère de l'estomac : l'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un épithélioma. Marié : sa femme et ses deux enfants sont bien portants ; une fillette est morte à l'âge de 2 mois.

Au larynx. — Épiglotte très infiltrée, ainsi que les replis aryténoïdes. Pas d'ulcération laryngée visible. Pulvérisations morphinées et diathermie sont faites, puis on note une infiltration considérable de l'épiglotte et des replis glosso-épiglottiques, véritable tuméfaction œdémateuse. Plusieurs points sont sphacelés et dégagent une odeur fétide.

Le 4 juin 1927, biopsie. L'examen ce jour-là montre :

Crépitation laryngée diminuée à gauche ; larynx en entier infiltré et bourgeonnant ; lumière très diminuée, pas de gêne respiratoire. Ulcération épiglottique qui a détruit en partie le bord droit.

Au moment de la biopsie, la lésion saigne facilement.

Ganglions sous-maxillaires gauches.

Aux poumons. — En avant : submatité des deux sommets, respiration soufflante à droite.

En arrière : submatité des deux sommets et de tout le poumon droit avec diminution du murmure vésiculaire. Pectoriloquie aphone. Signe de Despine positif. Râles sous-crépitanants au sommet gauche. Quelques frottements au niveau des deux poumons. Plusieurs examens de crachats négatifs.

Examen radioscopique pulmonaire. — Sommets gris s'éclair-

rant mal à gauche et pas du tout à droite. Parenchyme marbré, chaînes hilaires marquées, bases claires, sinus libres. Présomption de géode parahilaire droite.

Appareils circulatoire, digestif, nerveux : rien à signaler. B. W. légèrement positif.

Biopsie. — Cellules épithéliales groupées en amas séparés par un tissu conjonctif d'importance moyenne. Nombreuses anomalies de dimensions et de structure : épithélioma intermédiaire.

L'état général du malade s'oppose à tout traitement actif : on essaie de le remonter pour pouvoir tenter ensuite un traitement radiothérapique. Seule la trachéotomie pourra être faite dès que les accidents dyspnéiques apparaîtront.

OBSERVATION XI

(PORTMANN, DESPONS et VERNIER)

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ.

1° Tuberculose pulmonaire. B. K. dans les crachats.

2° Prolifération végétante du sillon glosso-épiglottique droit.

Biopsie du 10 décembre 1927 : épithélioma spino-cellulaire.

Biopsie du 17 novembre 1928 : épithélioma spino-cellulaire.

Biopsie du 21 novembre 1928 : épithélioma baso-cellulaire.

En 1927, épiglottectomie. Après biopsie totale, diathermo-coagulation en 1928 (21 novembre). Le malade sort. Jamais de ganglions. Etat général excellent.

G. L..., marié, père de famille, âgé de 50 ans.

Toussait un peu depuis longtemps lorsqu'il y a dix-huit mois a débuté l'affection par de la gêne respiratoire ; le malade a maigri à ce moment-là. Il consulte le Docteur Dieu, du Mans, qui constate une prolifération végétante du sillon glosso-épiglottique droit.

Biopsie le 10 décembre 1927 : épithélioma spino-cellulaire.

Le 15 décembre 1927, le Docteur Dieu pratique, avec une

pince à épiglote, un épiglotteomie enlevant tout ce qu'il peut de la néoformation. Une hémorragie assez abondante a lieu. Mais, au lieu d'une récive « in situ » rapide, le bourgeonnement du début ne se reforme que très lentement. Pas de généralisation ganglionnaire. Le malade tousse et crache de plus en plus. Il maigrit. Pas d'examen de crachats à ce moment.

Au cours des journées médicales de Bordeaux, le Docteur Dieu soumet le malade à notre examen.

On constate : au niveau de la base droite du moignon épiglottique, une prolifération rouge bleuâtre du volume d'une cerise. On pratique une biopsie.

Biopsie le 17 novembre 1928 : tumeur maligne, épithélioma spino-cellulaire. Fibroblastose autour des foyers. Phénomènes inflammatoires, pycnose. Mitoses peu nombreuses. Signé : Sabrazès.

Entre temps, abondants B. K. dans les crachats. Forme bilatérale.

Pas de généralisation ganglionnaire : la chaîne ganglionnaire est indemne cliniquement dans chaque gouttière carotidienne. Pas de cachexie ; pas de gêne respiratoire ; pas d'induration, d'épaississement et de fixation du larynx. On décide alors de faire une intervention par diathermo-coagulation par voie endo-laryngée.

Le 18 novembre 1928, biopsie totale et sur le moignon séance de diathermie.

La biopsie totale donne : épithélioma à type baso-cellulaire, avec nombreuses zones de nécrose et processus inflammatoire.

Le malade revient le 4 décembre 1928 : la lésion est réduite à une ulcération lenticulaire blanchâtre à peine en relief sur la région glosso-épiglottique droite. Pas de ganglions, état général excellent.

Nous nous proposons de faire suivre au malade une séance de diathermo-coagulation avant de le renvoyer au Mans.

II. — Cancer du larynx apparaissant au cours de la tuberculose laryngée

Morris Wolfenden, cité par le Professeur Collet, a observé, en 1892, un cas dans lequel un tuberculeux pulmonaire et laryngé présenta un épithélioma squameux qui se développa en plein larynx infiltré de tubercules antérieurement.

De même Jackins observa, en 1895, une tuberculose laryngée compliquée d'épithélioma.

Robinson présenta à la Société de laryngologie de Londres, en 1896, un « carcinome du larynx consécutif à la tuberculose de cet organe ».

Nowicki, de Lemberg, a rapporté quelques cas de tuberculose laryngée, compliquée de carcinome ou de sclérome.

Baumgarten en rapporte un cas.

Crone se serait trouvé en présence d'un cas dans lequel le processus néoplasique avait trouvé « un bon terrain de développement sur une tuberculose laryngée ».

J.-G. Sanchez Lucas et J. Gommez-Gutierrez décrivent aussi un cas de tuberculose laryngée typique, associée à des bourgeons et boyaux épithéliaux de structure histologique nettement maligne. Les auteurs conclurent que la lésion tuberculeuse avait déterminé un accroissement malin de l'épithélium épiglottique, car la biopsie montrait aussi des lésions tuberculeuses et une prolifération non maligne de l'épithélium.

Zenker observa deux cas d'association.

Carr, Franco en décrivirent aussi.

Nous allons rapporter deux observations publiées par J. Chabaud : l'une d'entre elles est typique : la tuberculose laryngée antérieure au cancer était traitée depuis plusieurs années. Malheureusement, l'autre ne l'est pas autant, car l'histoire clinique seule permet de dire que ce tuberculeux pulmonaire était, avant l'apparition du cancer, un tuberculeux laryngé, mais sans que la preuve en ait été faite.

Puis nous rapporterons l'observation toute récente de Terracol, Girod, Azémar.

OBSERVATION XII

(J. CHABAUD)

1° Bacillaire indiscutable : radioscopies fréquentes pour lésions du sommet droit. Toux et hémoptysies. B. K. dans les crachats.

2° Syndrome laryngé : enrouement progressif depuis six mois, mais ayant débuté en 1919. Déglutition douloureuse par périodes. Pas d'adénopathie appréciable. Biopsie : épithélioma atypique.

R... Camille, 41 ans, vient à la consultation (11 juin 1927) pour enrouement progressif depuis six mois, mais ayant débuté en 1919 après une broncho-pneumonie. A la suite de cette maladie, amaigrissement, toux continuelle et hémoptysies. Radioscopies fréquentes pour lésions du sommet droit. Il y a trois ans, B. K. dans les crachats et le malade est réformé à 100 %.

Aux poumons. — Aux deux sommets, en avant et en arrière, submatité et craquements. Quelques frottements à la base gauche en arrière.

Radioscopie. — Sommets gris s'éclairant mal. Parenchyme plutôt clair, mais forte chaîne hilare et petits ganglions calcifiés. Amplitude diaphragmatique diminuée. Signes de cortico-pleurite ancienne des sommets avec tendance à l'emphysème.

Au larynx. — En ce moment, le malade avale sans difficulté. Le larynx a une mobilité normale, mais la crépitation laryngée a disparu. Pas d'adénopathie appréciable. Epiglote épaisse et infiltrée. L'hémi-larynx droit est immobilisé : la bande ventriculaire, une partie de l'aryténoïde, la corde vocale, présentent une ulcération assez bourgeonnante et pâle.

Biopsie. — Stroma conjonctif aréolaire à loges régulières, boyaux épithéliaux formés de cellules de dimensions assez identiques dont un certain nombre cependant présentent des anomalies de structure : épithélioma atypique.

A noter qu'une première biopsie pratiquée dès l'entrée à l'hôpital n'avait montré que de l'inflammation banale.

L'état général et pulmonaire ne le contre-indiquant pas, on essaye un traitement radiothérapique après avoir en un temps préliminaire pratiqué une excision des cartilages thyroïdes que l'on trouve ossifiés et résistants : on les trépane à la gouge.

OBSERVATION XIII

(J. CHABAUD)

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ.

1° Ablation d'un rein pour bacillose rénale (il demeure une fistule par où sourd du pus).

2° Manifestations laryngées depuis plusieurs années pour lesquelles le diagnostic a été porté de tuberculose laryngée.

3° Tuméfaction laryngée. Biopsie : épithélioma spino-cellulaire.

Aucune généralisation ganglionnaire (1923). Le malade meurt de broncho-pneumonie deux ans après (1925).

M. X..., 50 ans, vu par le Professeur Portmann, vient pour la première fois à la consultation en avril 1923 pour enrrouement.

Cet enrrouement est très marqué depuis trois mois, mais on relève dans l'histoire du malade des manifestations laryngées depuis plusieurs années. Des spécialistes, consultés à plusieurs reprises, avaient porté le diagnostic de laryngite tuberculeuse.

Au larynx. — Tuméfaction bourgeonnante sur la corde vocale droite et un peu sur la commissure antérieure qui a tout à fait l'aspect d'un épithélioma. Une biopsie donne comme résultat :

Epithélioma spino-cellulaire.

Aucune généralisation ganglionnaire.

Le malade a subi l'ablation d'un rein pour bacillose et a conservé une fistule par laquelle s'écoule toujours du pus en petite quantité. Devant l'impossibilité de pratiquer une intervention étant donné le mauvais état général et l'amaigrissement notable du malade, étant donnée aussi l'opération rénale pratiquée antérieurement, on envoie M. X... au Professeur Bergonié. Grosse amélioration dans les mois suivants, mais mort de broncho-pneumonie deux ans après.

OBSERVATION XIV

(TERRACOL, GIROD, AZÉMAR)

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ.

1° Syndrome laryngé : enrrouement, dysphagie, dyspnée nocturne. Première biopsie de la tuméfaction laryngée montrant qu'il s'agit d'un sarcome ostéoblastique.

Thyrotomie, ablation de la tumeur, diathermo-coagulation.

Examen histologique : processus tuberculeux.

Nouvelle biopsie : épithélioma malpighien et follicules tuberculeux.

2° Tuberculose pulmonaire. B. K. dans les crachats.

H..., 50 ans, entre à la clinique d'oto-rhino-laryngologie le 27 avril 1933.

Il présente un enrouement progressif depuis janvier 1933, depuis le mois de mars, la déglutition est devenue douloureuse et de plus le malade a des accès de toux quinteuse coqueluchoïde. Il a en outre de la dyspnée nocturne qui cesse en position assise. Amaigrissement. Aucun antécédent, notamment pas de syphilis.

A l'examen. — Voix rauque et embarrassée, facies émacié. Aucune adénopathie cervicale, larynx mobile.

Au larynx. — Tuméfaction rougeâtre du volume d'une petite noix développée aux dépens de l'aryténoïde droit et masquant en grande partie la glotte. Elle paraît de consistance dure au contact du stylet.

Par ailleurs, insuffisance mitrale bien compensée.

Réactions de Wassermann et Hecht négatives.

Une biopsie, pratiquée avant l'entrée par le Docteur Girod, avait donné comme résultat : sarcome ostéoblastique.

Radioscopie. — Infiltration pulmonaire bilatérale avec pommelures surtout dans la région hilare droite et l'on peut se demander s'il s'agit de métastases ou de tuberculose pulmonaire.

Intervention le 24 mai : anesthésie locale, thyrotomie. Ablation de la tumeur et diathermo-coagulation.

Examen histologique (Docteur Guibert). — Processus tuberculeux avec nombreux follicules.

27 mai 1933 : présence de B. K. dans les crachats.

De nouveaux examens du Docteur Guibert au niveau du larynx montrent : d'une part, un épithélioma malpighien métatypique et, d'autre part, des follicules avec cellules géantes.

L'évolution est favorable du côté du larynx, mais le malade, asthénique, présente des signes d'infiltration pulmonaire plus nets.

A la fin de l'été on note une amélioration de l'état général, mais il y a encore des B. K. dans les crachats ; le malade quitte la clinique le 8 octobre.

III. — Tuberculose laryngée se développant sur un cancer du larynx

Les cas où le cancer est secondairement compliqué de tuberculose sont beaucoup plus rares.

Baumgarten a décrit un cas dans lequel la tuberculose apparut sur un carcinome ulcéré du larynx.

Vogel rapporte un cas plus complexe : en effet, il s'agissait bien d'un carcinome avec tuberculose du larynx, mais le sujet avait une réaction de Bordet-Wassermann très positive et des processus de fibrose évidente aux poumons. Ce n'est que quelques mois après avoir porté le diagnostic de cancer, que l'on remarqua de petites granulations dans la commissure antérieure qui furent reconnues de nature tuberculeuse.

Jung-Gavin observèrent un cas d'association d'épithélioma avec tuberculose du larynx secondaire au cancer.

D'après les données de l'autopsie du cas qui a fait l'objet du mémoire récent de Prédaroli, et en s'appuyant sur divers arguments, cet auteur conclut que le carcinome du larynx était primitif par rapport à la tuberculose. Il clôtura la discussion de ce problème en disant : « S'il est vrai que la tuberculose peut

prédisposer au cancer en ce sens qu'elle détermine des modifications particulières des tissus et une diminution de résistance, il est aussi exact que, sur une ulcération néoplasique, peut se greffer une tuberculose par suite de la chute de la défense organique du tissu même. »

Nous rapportons les points essentiels de cette observation qui est la plus typique et la plus complète.

OBSERVATION XV

(PRÉDAROLI)

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ.

1° Catarrhe bronchique chronique.

2° Dysphonie et dysphagie progressives avec apparition d'une volumineuse adénopathie de la région sous-maxillaire et cervicale. Expectoration muco-purulente et striée de sang. Epuisement général et amaigrissement. Pas de B. K. dans les crachats. Vaste ulcération laryngée avec végétations, infiltration et périchondrite. On fait le diagnostic de tuberculose.

3° Mort par asphyxie. L'étude histopathologique des pièces laryngées et des ganglions montre la coexistence de processus tuberculeux et néoplasiques étroitement intriqués.

G..., 38 ans.

A. H. et A. C. — Rien à signaler.

A. P. éloignés. — N'a jamais été malade. Fort fumeur et buveur. A toujours eu du catarrhe bronchique. Nie la spécificité.

A. P. récents. — Depuis deux mois, dysphonie et dysphagie progressives avec apparition d'une volumineuse adénopathie des régions sous-maxillaire et cervicale formée de ganglions durs, mobiles, peu douloureux. Expectoration muco-

purulente et striée de sang. Epuisement général et amaigrissement.

A l'entrée, 31 décembre 1931. — Etat général moyen. Respiration calme ; toussé peu. Crachats abondants plutôt fluides avec quelques traces de sang. Langue saburrale, gorge rouge, déglutition difficile. Le cou est déformé surtout à droite par de gros amas ganglionnaires durs, peu mobiles et peu douloureux. Rien à l'appareil respiratoire.

Radio. — Rien aux champs pulmonaires. Peut-être légère accentuation de l'ombre hilare.

Au larynx. — 1° Périchondrite de l'épiglotte qui est rouge et fortement épaissie.

2° Périchondrite des aryténoïdes avec infiltration des replis ary-épiglottiques.

3° Destruction de la corde vocale droite tandis que la gauche présente une ulcération étendue de la commissure postérieure et des ulcérations en dent de scie sur toute sa longueur avec infiltration.

4° Du ventricule de Morgagni se détache, à droite, une volumineuse masse de granulations de la grosseur d'un pois, qui s'avance jusqu'à la ligne médiane du larynx.

5° Anneaux trachéaux congestionnés.

Diagnostic. — Périchondrite, ulcérations et végétations tuberculeuses.

Le 2 janvier 1932. — Pas de B. K. dans les crachats. B. W. négatif. La température oscille entre 36°5 et 37°5. Une seule élévation à 38°4 le 29 janvier 1932. Le pouls est régulier à 88. La toux persiste avec expectoration fluide et hémorragique. Le malade rentre chez lui.

Les troubles s'accroissent de plus en plus, de même que l'épuisement général, jusqu'au 13 février 1932, où le malade est hospitalisé d'urgence et meurt quelques heures après, en proie à des phénomènes asphyxiques, sans que le spécialiste ait pu intervenir à temps par l'intervention voulue.

Autopsie. — Gorge et pharynx très rouges.

Larynx : à l'examen, vaste excavation atteignant 4 centimètres à son point le plus large. Elle occupe la région sus-glottique, le ventricule de Morgagni à droite, atteignant la fausse corde vocale à gauche et s'arrêtant brusquement latéralement sous les replis ary-épiglottiques. Les bords sont œdématisés et d'aspect lardacé. Le fond présente des fongosités et des zones nécrosées grisâtres alternant avec des anfractuosités de même couleur. Les fongosités sont plus nettes à droite, tandis qu'à gauche se voient des granulations et mamelons blanchâtres. En avant, le processus a attaqué et détruit le cartilage thyroïde. L'extrémité supérieure de l'épiglotte et le replis ary-épiglottique se présentent fortement œdématisés et d'aspect blanchâtre. Le sinus piriforme est presque normal.

Ganglions : cervicaux, sus-claviculaires, péri-bronchiques et péri-œsophagiens très hypertrophiés. Dans certains le centre est ramolli et laisse couler une substance caseuse crémeuse. Bronches congestionnées, poumons exempts de signes de tuberculose.

Estomac : gastrite chronique. Et, par ailleurs, rien à signaler.

Cause de la mort : cancer et tuberculose primitifs du larynx avec infiltration secondaire des ganglions régionaux.

Examen histologique. — Processus néoplasique et tuberculeux intimement intriqués dans les pièces laryngées d'autopsie. D'une façon générale, le tissu tuberculeux s'infiltrait entre les bourgeons et boyaux épithéliaux, mais peu profondément, et prédominait surtout en surface.

Ganglions envahis par le cancer et la tuberculose.

L'auteur dit que l'on ne peut s'appuyer sur les données cliniques pour discuter si la tuberculose a été secondaire au cancer : en effet, le peu de temps écoulé entre le diagnostic de tuberculose laryngée et les constatations anatomo-pathologiques montre bien que le clinicien avait considéré comme un tableau de tuberculose ce qui, en réalité, était déterminé par le cancer et la tuberculose. Il se base, pour affirmer que la

tuberculose a été secondaire au cancer, sur deux faisceaux d'arguments :

- A. — 1° Tuberculose laryngée primitive niée ;
2° Cancer laryngé primitif courant.
- B. — 1° L'autopsie n'a révélé aucune autre localisation tuberculeuse ;
2° Le cancer profond n'était tuberculisé qu'à sa surface.

CHAPITRE IV

Arrivé au terme de cette étude, nous devons d'abord nous demander si elle peut apporter quelques éclaircissements sur les rapports du cancer et de la tuberculose : Antagonisme. Simple coexistence. Rôle d'appel, problème qui a fait l'objet de si nombreuses controverses.

L'étude attentive des observations rapportées nous permettra ensuite de dégager l'allure clinique un peu particulière que présente cette association, notamment au point de vue de l'évolution du cancer du larynx chez les tuberculeux, qui constitue l'éventualité la plus fréquemment observée dans la pratique.

§ I^{er}

Rapports du cancer et de la tuberculose

Il est à remarquer que la tuberculose pulmonaire et laryngée d'une part, et le cancer d'autre part, sont des affections courantes.

Cependant, tous les auteurs ont noté la rareté de

leur association chez un même individu et plus encore sur le même organe : au point que Rokitsansky, le premier, parla d'un antagonisme.

Nous devons reconnaître, avec Hoche et bien d'autres auteurs, que l'observation clinique tend à réfuter l'aphorisme de Rokitsansky.

Nous avons cité, au cours des chapitres précédents, soit dans l'historique de l'affection, traité surtout au point de vue doctrinal, soit dans l'étude des localisations au niveau des différents organes, soit enfin dans le chapitre spécial consacré à la localisation laryngée du cancer, les contributions apportées à l'étude de cette question par différents auteurs.

Bien que certains d'entre eux n'aient publié leurs observations, à caractère tout à fait exceptionnel, que pour soutenir la doctrine de l'antagonisme, nous devons reconnaître que le nombre même des cas rapportés s'inscrit en faux contre cette doctrine.

Aucun des deux processus ne saurait créer l'immunité vis-à-vis de l'autre.

La possibilité d'un antagonisme entre d'autres affections envisagée autrefois a été de nos jours reconnue inexacte.

Nous rappellerons entre autres, le sujet « cardiopathies et tuberculose ». Quel est l'auteur qui, de nos jours y songe encore ? Bien mieux, on reconnaît maintenant à certaines cardiopathies telles que le rétrécissement mitral pur, une étiologie bacillaire. Nous verrons plus loin que, dans la question qui nous intéresse, nous retrouvons une évolution des idées analogue.

Un autre antagonisme classique est celui de la tu-

berculose et de l'arthritisme. Nous le signalons, car Molinié en fait un argument pour expliquer la rareté de la coexistence du cancer et de la tuberculose : le terrain arthritique, dit cet auteur, est propice au développement du cancer, mais il ne l'est pas pour la tuberculose.

L'antagonisme est démenti par les faits ; mais il faut reconnaître qu'ils ne sont cependant pas très nombreux et l'on peut se demander pourquoi cette coexistence n'est que rarement observée.

Il faut considérer, avec Suzue Kitasue, Prédaroli, etc..., la tendance qu'ont les divers tissus à être envahis par le néoplasme ou la tuberculose : les organes qui sont le plus souvent envahis par ce processus, ne le sont pas par le cancer et vice versa. Si nous nous reportons aux statistiques étudiées par Suzue Kitasue (autopsies de 500 cancers et 480 tuberculoses), nous voyons une différence nette : le cancer atteint plus volontiers l'estomac, l'utérus, le rectum, l'œsophage, le pancréas, le sein, l'ovaire, le cholédoque, la vésicule biliaire.

La tuberculose se localise plus souvent aux poumons, aux reins, au grêle, au cœcum, à la rate, aux articulations qui sont rarement le siège d'une néoformation maligne primitive.

Il faut aussi considérer le terrain, car, sans parler d'antagonisme, un terrain déterminé est favorable ou contraire au développement d'une affection donnée. On connaît bien la constitution pré-tuberculeuse, quelle que soit son étiologie, et Beneditti dit que le cancer a une prédilection marquée pour les individus normaux ou voisins de la normale.

Nous ne pouvons nous dissimuler que ce sont là surtout des vues théoriques qui ne masquent qu'imparfaitement l'indigence de nos connaissances concernant les caractéristiques intimes d'un terrain donné.

Mais il faut se souvenir aussi de l'âge auquel apparaissent les deux processus : si nous devons dire que, d'une façon générale, l'on peut être atteint par l'une ou l'autre de ces deux maladies à n'importe quel âge, il n'en demeure pas moins que la période d'apparition est totalement différente.

Sans vouloir nier les formes bien spéciales de néoplasie qui peuvent frapper le jeune sujet, le cancer est une affection rencontrée le plus souvent au delà de 40 ans.

Par contre, la tuberculose se développe le plus souvent avant 30 ans. Ici aussi, cependant, il ne s'agit pas d'une règle absolue et les tuberculoses séniles sont plus fréquentes qu'on ne le pensait.

C'est l'observation d'une tuberculose floride à un âge avancé chez un sujet cancéreux, qui nous fait penser que le processus néoplasique a pu réveiller de vieilles lésions de tuberculose latente. Dans ce cas, nous en tirons un argument contre l'antagonisme, mais cela nous amènerait de plus à considérer la question du réveil de la bacillose sous l'influence du cancer ; nous en reparlerons lorsque nous étudierons l'influence réciproque des deux processus.

Mais plusieurs observations montrent de façon indiscutable la possibilité d'une telle éventualité et nous rappellerons seulement celle de R. Lépine, dont le titre seul dispense de tout commentaire : « Ancienne

phtisie pulmonaire guérie, épithélioma du larynx, tuberculose pulmonaire récente. »

Clément est de cet avis, et après avoir observé quatre cas d'associations différentes, il conclut que le cancer exerce une action locale et générale stimulante sur les vieux processus apparemment éteints.

Ces données nous montrent que l'antagonisme ne doit plus être soutenu ; la coexistence ne peut être niée et nous allons brièvement dire quelques mots de la façon dont elle se présente à nous au niveau du larynx avant d'envisager un problème que nous fait prévoir Clément : nous voulons parler du rôle d'appel.



La possibilité de la coexistence n'est actuellement niée par personne, et les observations publiées à ce sujet, quoique peu nombreuses, le démontrent assez clairement. Nous devons ajouter que, si l'on pouvait autopsier tous les sujets qui meurent de cancer, bien souvent on trouverait des bacilloses non diagnostiquées qui viendraient enrichir les publications faites à ce sujet. De même, il peut arriver qu'un certain nombre de tuberculeux succombent aux progrès de leur tuberculose, tout en étant porteurs d'une tumeur maligne, passée inaperçue.

Nous devons nous demander maintenant quelles seront les éventualités cliniques réalisées par l'association du cancer du larynx et de la tuberculose.

La première place revient sans contredit au développement du cancer du larynx chez un tuberculeux pulmonaire. C'est l'éventualité la plus fréquente. Il

peut s'agir aussi d'une association avec une tuberculose viscérale et, dans tous les cas, cette bacillose peut être éteinte, latente ou en pleine évolution ; ces trois modalités s'observent.

Vient ensuite le type de « la cancérisation de la tuberculose laryngée », plus rarement observée, mais moins exceptionnelle cependant que la troisième variété qui reste à envisager : « la tuberculisation secondaire d'un cancer du larynx. »

Mais ici, un autre problème se pose :

Quel est celui des deux processus qui est primitif ?

Il n'est pas toujours aisé de le dire. Nous avons classé les observations *d'après l'opinion des auteurs* qui les ont publiées. Leurs examens cliniques où les recherches histopathologiques leur permettaient de dire lequel des deux processus était apparu le premier.

L'intérêt de ce point particulier de l'étude réside dans le fait suivant :

La tuberculose laryngée primitive est considérée comme une extrême rareté, voire même niée. Le Professeur Collet insiste volontiers sur ce point et, au cours de ses leçons de clinique, nous l'avons maintes fois entendu dire que beaucoup de tuberculoses laryngées déclarées primitives autrefois, ne le seraient sans doute plus de nos jours où la radioscopie, la radiographie et les moyens modernes d'investigations permettent souvent de déceler une tuberculose primitive latente.

Est-ce à dire que le cancer préexiste le plus souvent à la tuberculose ? Il est possible d'affirmer que non. La clinique et les statistiques prouvent bien que c'est l'inverse que l'on rencontre généralement.

Ceci semble dû à ce que la tuberculose laryngée est fréquente, associée à une tuberculose latente et susceptible de ne se réveiller que plus tard, ou à une bacillose évolutive reconnue ; beaucoup plus fréquente, pouvons-nous dire, que le cancer du larynx qui, lui, peut cependant être la première manifestation néoplasique atteignant l'organisme.

Ceci nous explique la plus grande fréquence des cas de tuberculose préexistant au cancer au niveau du larynx, car, par ailleurs, il serait difficile de dire si la tuberculose se cancérise plus volontiers que le cancer ne se tuberculise.



C'est ce dernier point que nous allons envisager en étudiant s'il existe un « rôle d'appel ».

Le Professeur Collet a insisté sur le fait que la tuberculose, sans qu'histologiquement on ait retrouvé la moindre signature tuberculeuse, favorise l'apparition des tumeurs bénignes : polypes, adénomes, etc... Markowicz a décrit un cas de polype adénomateux du larynx qui aurait été l'expression de début d'une tuberculose laryngée.

En serait-il de même pour les tumeurs malignes ?

C'est ce que nous allons d'abord envisager, puis nous rechercherons si le cancer peut faciliter le développement d'une tuberculose.

Ribbert, Ewing, Orth disent que la tuberculose favorise le cancer. Nous avons rapporté dans notre historique les expériences de Cherry qui se fit le défenseur de cette idée.

Nous devons en premier lieu considérer la théorie pathogénique du cancer, dite de l'irritation chronique (Wirschov, Valdeyer). Ménétrier, dans son étude du cancer du poumon et de la plèvre du traité de Brouardel, reconnaît comme influence pathogénique « surtout les inflammations chroniques de longue, de très longue durée », et plus loin, il dit : « Signalons seulement pour l'instant l'influence de la tuberculose pulmonaire chronique manifeste dans une observation de Friedlander et dans deux de Kurt Wolf, où le développement du néoplasme s'effectua dans la paroi des cavernes tuberculeuses à évolution lente. Influence probable également dans un cas de Hildebrand. Enfin, Kurt Wolf a également appelé l'attention sur la localisation constante des cancers bronchiques au voisinage du hile, reconnaissant ici le point de départ des altérations ganglionnaires dues à la tuberculose. »

Toujours dans l'étude de Ménétrier, nous retrouvons dans le paragraphe de l'histogénèse, « pour prendre en exemple le type le plus insolite, l'épithélioma pavimenteux à évolution cornée, nous trouvons décrit dans nombre de cas d'inflammation chronique de la muqueuse des voies aériennes, le remplacement de l'épithélium cylindrique cilié normal par un épithélium pavimenteux à plusieurs couches : Griffini l'a signalé au pourtour d'ulcérations tuberculeuses de la muqueuse trachéale ».

Hoche écrit : « il semble que la tuberculose fasse fréquemment le lit du cancer dans certains cas et dans certains organes », et il apporte à l'appui de sa thèse l'histoire d'une femme qui présentait depuis l'enfance une lésion fistulisée du pied, de nature tuberculeuse.

Au bout de 15 ans, des modifications apparurent qui firent porter le diagnostic clinique et histologique de *fungus du pied*.

La cancérisation peut d'ailleurs être suivie histologiquement : c'est ainsi, que dans le cas de Goyet et Naussac ,où il s'agissait d'un épithélioma se développant dans la paroi d'une caverne tuberculeuse, il était facile de suivre la succession ininterrompue des lésions entre la tuberculose et le cancer épidermoïde à globes cornés avec, comme intermédiaire, des nodules d'inflammation subaiguë.

Nous savons en effet, comment la tuberculose peut déterminer des processus de prolifération épithéliale, qui, dans un premier temps sont typiques et ordonnés, pour devenir ensuite atypiques et désordonnés avec tendance à envahir, infiltrer les tissus, prenant ainsi les caractères de la forme épithéliomateuse.

Nous venons de voir le cas rapporté par Hoche : ces formes cancéreuses superficielles se développant au niveau de lupus ou fistules tuberculeuses sont particulièrement fréquentes et ont pu être facilement suivies dans leur évolution. Nous avons rapporté les noms des auteurs qui les ont étudiées dans le chapitre « localisation au niveau des différents organes ».

L'action favorisante de la lésion spécifique est des plus claires dans ces cas ; elle représente le processus irritant chronique qui excite le développement du cancer.

« L'inflammation chronique rompt le pacte tissulaire » (Favre). Mais ceci suppose un processus en évolution ; il faut d'ailleurs une évolution lente.

Un processus éteint ne peut-il favoriser l'éclosion du cancer ? C'est là que pourrait intervenir la théorie de Lumière du « cancer maladie des cicatrices ». Ce serait plutôt un état inflammatoire « cicatriciel », dirions-nous, qui précéderait l'évolution du cancer. L'expression « cancer maladie des cicatrices » frappe l'esprit, mais le mot « cicatrices » est sans doute trop général, les cicatrices étant des unions conjonctives physiologiques quiescentes, non longtemps inflammatoires et en activité (Favre). Il s'agit plutôt de ce que l'on pourrait appeler des « cicatrisations chroniques » scléreuses, ulcéreuses, telles qu'on les voit dans les vieux lupus et qui agiraient comme une cause irritative.

Nous allons maintenant considérer les cas où la tuberculose s'implante sur un cancer pour nous demander si ce dernier a joué un rôle d'appel vis-à-vis de la bacillose.

La plupart des partisans de l'antagonisme et Rokitansky lui-même admettaient cependant la possibilité de l'apparition d'une tuberculose chez un cancéreux, mais seulement au moment où, arrivé au stade terminal de la cachexie, tous les moyens de défense de l'organisme, humoraux et cellulaires, sont détruits.

C'est donc que tous admettaient le rôle favorisant du cancer à une période donnée de son évolution, c'est-à-dire au moment où par les bouleversements tissulaires tels que des modifications des muqueuses, et l'état de moindre résistance qu'il provoque, il peut faciliter la pénétration du bacille de Koch dans l'organisme et sa multiplication. Et en fait, tous les auteurs sont de cet avis.

A l'appui de cette assertion, nous apporterons le fait généralement constaté, que si les voies respiratoires sont indemnes, avec épithélium normal, et éléments glandulaires à mucus normaux, elles représentent pour le bacille de Koch une barrière difficile à franchir (rareté de la tuberculose laryngée primitive), alors que dans le cas contraire, on a des conditions particulières qui prédisposent à sa pénétration.

Pour étayer cette opinion, il faut rappeler la fréquence, pour certains auteurs, des bacillooses pulmonaires chez les gazés de guerre.

Pour nous résumer, nous dirons que le cancer peut préexister à la tuberculose aussi bien que la tuberculose peut préexister au cancer. Et s'il faut conclure au sujet du « rôle d'appel », nous dirons que la tuberculose peut, dans certains cas exceptionnels, en agissant comme un processus d'irritation chronique, jouer un rôle actif dans l'apparition du cancer.

Quant au cancer, il ne joue un rôle qu'en créant des conditions favorisantes à la pénétration du bacille de Koch.

En résumé, l'antagonisme n'existe pas et le plus souvent il y a coexistence simple.

Le rôle d'appel même, qu'ont cherché à expliquer d'ingénieux raisonnements, ne peut être retenu en raison du nombre infime des cas.

Il s'agit d'une coexistence rare, d'un fait curieux, mais intéressant, par suite des difficultés considérables qu'il soulève en clinique.

§ II

Particularités cliniques

L'association cancer du larynx et tuberculose, exceptionnelle chez la femme, se manifeste chez l'homme surtout entre 40 et 60 ans.

En ceci rien d'étonnant car nous savons que seul le sarcome peut frapper également les deux sexes et des sujets plus jeunes : or, nous n'avons retrouvé qu'un cas de sarcome, celui rapporté par Mathieu de Challes : il s'agissait d'un sarcome fibro-blastique. Dans 80 % des cas, il s'agit d'épithéliomas spino-cellulaires. Dans les 20 autres on rencontre le plus souvent des épithéliomas baso-cellulaires intermédiaires ou atypiques.

Dans les observations que nous rapportons, nous n'avons eu affaire qu'à des hommes et nous n'avons guère relevé que celle de Bar (1897), où l'affection atteignit une femme.

Rappelons qu'il n'y eut pas de contrôle anatomo-pathologique.

De l'étude des différents cas que nous rapportons, une première constatation se dégage : c'est la réelle difficulté que présente le diagnostic.

Nous avons dit que beaucoup d'auteurs n'avaient publié leurs observations que pour insister sur ce point. En effet, on a souvent affaire à des cas très complexes : il s'agit d'un sujet qui a eu des réactions sérologiques positives ou qui présente des signes d'im-

prégnation bacillaire, voire même les deux : aussitôt la question se pose de savoir s'il s'agit d'une néoformation syphilitique, bacillaire, ou cancéreuse.

L'aspect du larynx va-t-il nous permettre de faire un diagnostic précis ?

Classiquement, la monochordite persistante avec aspect rouge, boudiné, œdématié, est une forme de début de la tuberculose ; de même les formations avec tuméfaction des bandes ventriculaires ou pachydermie interaryténoïdienne. On voit dans le cancer, l'unilatéralité, la tuméfaction des bandes ventriculaires par infiltration diffuse et aussi l'aspect velvétique de la forme de pachydermie interaryténoïdienne.

Tous les caractères de coloration peuvent être revêtus par les lésions néoplasiques : dans les cas que nous avons observés, nous avons noté la pâleur du voile et du larynx, qui accompagne fréquemment les lésions de tuberculose laryngée et cependant il s'agissait bien d'un cancer. Au niveau de la lésion même nous avons trouvé parfois un caractère blafard, lardacé, sans points saignotants : nous voyons que ce dernier caractère, classique dans la lésion néoplasique, peut donc par son absence s'ajouter aux précédents pour orienter un diagnostic vers la tuberculose. Mais ce n'est pas tout : dans tous les cas, on peut noter l'infiltration, l'œdème. Dès que l'infiltration néoplasique gagne en profondeur, on note la fixité de la corde vocale et Semon a insisté avec raison sur la valeur de ce symptôme : cependant, on peut l'avoir aussi dans la tuberculose et la syphilis.

Ainsi, dans un sens ou dans l'autre, les caractères sont variables.

Et si nous arrivons à la tuméfaction végétante ou ulcérée, stade auquel on examine le plus souvent les malades, on peut dire que toutes les éventualités se présentent : l'infiltration gommeuse, rouge, dure, avec ulcération vaste de la syphilis, ou l'ulcération plate, atone, bacillaire, sont souvent reproduites par le cancer dont l'aspect peut aussi bien être « propre » que « sale ». Bref, nous dirons, avec Molinié, Semon, Ruault, Garel, que tous les caractères classiques peuvent être trompeurs.

Nous pourrions avoir affaire aussi à un « fibro-tuberculome », forme bien décrite par Portinann. Cet auteur dit que le cancer est plus douloureux et saigne plus facilement et que s'il existe des ganglions il faut plutôt penser au cancer : dans les observation I et II inédites, et dans l'observation de Rebattu et Perron, il n'y avait pas de ganglions. Quant aux phénomènes douloureux, on les rencontre toujours dès qu'il y a ulcération et souvent même avant son apparition.

Il convient de rappeler ici l'observation d'Escat dans laquelle on enleva par laryngectomie totale une tumeur prise pour un néoplasme et qui fut alors reconnue comme tumeur tuberculeuse. La difficulté de diagnostic est donc grande.

Il faut pratiquer des examens sérologiques si l'on soupçonne la spécificité, mais même s'ils sont positifs on ne doit pas exclure la possibilité d'un néoplasme. De même, si l'on soupçonne la tuberculose, on fera des recherches répétées du bacille de Koch dans les crachats mais leur présence ne doit pas faire dire d'emblée qu'il s'agit d'une tuberculose pseudo-tumorale.

Dans tous les cas, il faut avoir recours à la biopsie : elle est indispensable et elle seule peut révéler la nature exacte de la lésion. Mais encore, faut-il savoir que l'on ne doit pas s'arrêter à un premier résultat négatif.

C'est en effet une biopsie difficile à pratiquer : nous avons relevé plusieurs cas dans lesquels une ou deux biopsies avaient été négatives, « pas de trace d'épithélioma, simple réaction inflammatoire ». Dans un cas même (Terracol, Girod, Azemar) nous voyons que la première biopsie révéla un processus tuberculeux. La deuxième montra à côté des follicules tuberculeux un épithélioma malpighien.

La biopsie doit donc être répétée et faite profondément dans le cœur même de la lésion.

L'observation de Bonnamour et Gaillard comporte une biopsie négative et ce n'est que l'examen histopathologique d'une pièce prélevée à l'autopsie qui révéla qu'il s'agissait bien d'un épithélioma. De cette observation, il faut tirer un autre enseignement : la biopsie n'est pas toujours sans danger et, dans ces cas d'association avec la tuberculose, elle peut bien déclencher une poussée granulique : c'est en effet ce qui eut lieu et le malade succomba au lendemain du prélèvement d'un fragment de tumeur.

Si maintenant nous portons notre attention sur la question des adénopathies, que remarquons-nous ?

Très souvent, l'examen du cou ne décèle aucune adénopathie. Nous savons d'ailleurs que le cancer intrinsèque du larynx n'envahit que tardivement les ganglions. Les cancers extrinsèques donnent des adénopathies précoces car ce sont des tumeurs pharyngo-

laryngées. Il semble bien que dans les cas où l'on a noté des adénopathies il se soit agi de lésions très étendues qui, par leur extension même dans la région sus-glottique, devenaient en quelque sorte secondairement extrinsèques : d'où apparition et développement des ganglions. Dans d'autres cas, on peut avoir affaire à une adénopathie tuberculeuse.

Enfin, l'observation de Predaroli montre la coexistence des deux processus dans les ganglions.

Mais, en général, on n'en observe pas.

Suzue Kitasue a écrit que les cancers associés à la tuberculose donnent peu de métastases : nous n'en avons jamais rencontré et les auteurs qui se sont occupés de la question n'en ont jamais signalé.

Il ne faut pas oublier qu'elles sont exceptionnelles dans le cancer du larynx (Collet).

L'évolution de cette association diffère-t-elle en quelque chose de l'évolution générale des deux processus isolés ?

Plusieurs modalités sont à envisager.

Et d'abord, il faut considérer la coexistence simple : nous entendons par là l'éventualité courante où l'apparition, soit du cancer surajouté à la tuberculose préexistante, soit de la bacillose atteignant un cancéreux, ne modifie en rien la marche normale de la maladie la première en date.

S'il s'agit d'un cancer du larynx chez un tuberculeux pulmonaire, les deux affections peuvent évoluer chacune pour son propre compte.

A-t-on affaire à une tuberculose pulmonaire fibreuse

non évolutive ? Les lésions peuvent continuer à suivre leur cycle normal ; mais nous verrons qu'il n'en est pas toujours ainsi.

A-t-on affaire à une tuberculose évolutive ? Le cancer ne semble gêner en rien son évolution.

De son côté, le cancer progresse de sa marche lente vers son terme normal, s'il est livré à lui-même.

Bref, tous deux peuvent évoluer sans influence réciproque.

Il en est de même dans les cas où ils sont unis au niveau du larynx. Si le cancer se développe sur un larynx tuberculeux, « la prolifération tumorale, dit Pettinari, ne rencontre alors dans la lésion tuberculeuse aucun obstacle à son développement, mais se comporte vis-à-vis d'elle comme vis-à-vis d'un tissu normal ; elle peut l'envahir et y croître sans manifester le moindre signe de souffrance et d'atténuation de sa propre virulence ». Si c'est au contraire la tuberculose qui survient la deuxième, elle ne semble pas non plus être entravée dans son action : elle trouve au contraire un tissu désorganisé tout prêt à se laisser envahir et évolue normalement.

Donc, ici aussi, chacun des deux processus peut évoluer comme s'il était isolé.

Teutchlaender et plus récemment Centanni, concluaient de leurs expériences sur le poulet et la souris, que l'on pouvait par la tuberculisation expérimentale, faire régresser des tumeurs. Centanni entrevoyait même une application thérapeutique.

D'autres auteurs admettaient l'action inhibitrice du processus tuberculeux en activité.

La tuberculose a-t-elle réellement une influence sur le cancer ? Nous ne le croyons pas : car il apparaît et se développe chez des sujets porteurs de lésions bacillaires actives.

Mais nous avons dit, à propos de la tuberculose fibreuse non évolutive associée à un cancer du larynx, que les lésions pulmonaires ne continuaient pas toujours à suivre leur cycle normal.

Il arrive en effet que l'on voit apparaître une poussée évolutive ; témoin l'observation de R. Lépine où l'autopsie révéla à côté des lésions fibreuses de tuberculose ancienne, des lésions caséifiées d'une poussée récente.

Donc les deux processus peuvent évoluer pour leur propre compte et si la tuberculose ne semble pas avoir d'influence dans un sens ou dans l'autre sur l'évolution du cancer, celui-ci peut dans certains cas, déclencher une poussée évolutive de tuberculose.

Dans tous les cas, les manifestations associées peuvent, on le conçoit aisément, se surajouter dans les stades ultimes pour aggraver la cachexie, et beaucoup de malades meurent émaciés, cachectiques au dernier degré.

Dans les cas d'association au niveau du larynx, à moins d'une poussée granulique, on ne saurait dire quelle part il faut accorder à chacune des deux causes dans la production de la mort : leur extension arrive à donner des phénomènes asphyxiques et la cachexie.

Mais il est remarquable que lorsqu'il s'agit d'une néoplasie laryngée associée à une bacillose pulmonaire, les malades meurent en tuberculeux.

Le malade de l'observation III inédite, observé dans

le service du Docteur Rebattu, mourut dans la nuit qui suivit son admission, dyspnéique, cyanosé, d'une broncho-pneumonie tuberculeuse, mais sans dyspnée laryngée.

Celui de Mathieu de Challes mourut de tuberculose pulmonaire confirmée.

Quelle est, en effet, la façon de mourir du sujet atteint de cancer du larynx ?

Bien souvent, on le fait entrer dans un service de laryngologie, en proie à une dyspnée intense, pour qu'il soit pratiqué une trachéotomie d'urgence. C'est ainsi que mourut, avant qu'on ait eu le temps d'intervenir, le malade observé par Predaroli.

Par contre, dans tous les cas étudiés dans le service de notre maître le Docteur Rebattu et dans lesquels il s'agissait d'association avec tuberculose pulmonaire, jamais on n'a observé de dyspnée laryngée.

Nous pouvons dire que cette forme particulière de cancer est une forme à évolution lente, compatible longtemps avec un bon état général.

Les malades des observations inédites I, II et IV, que nous avons pu suivre, conservent malgré les lésions tuberculeuses et malgré l'étendue du cancer, un état général satisfaisant. Il n'y a pas de dyspnée laryngée et dans un cas cependant, l'étendue de la lésion est telle que la lumière laryngée est remplacée par une ligne sinueuse et étroite (Obs. I).

Peu de dysphagie : Les malades accusent de temps en temps un peu de douleur à la déglutition ; il s'agit parfois de lésions de surface comparables à un « ulcus rodens » et le sujet s'alimente et mène longtemps une vie active.

Il y a peu de généralisations ganglionnaires ; les métastases sont inconnues dans la littérature et toute l'évolution semble reposer sur l'état pulmonaire. Les deux processus s'ajoutant, la résorption des produits toxiques finit par faire entrer le malade dans la cachexie qui l'emportera avant que la lésion laryngée n'ait atteint un développement suffisant pour imposer une trachéotomie.

Dans aucune des observations rapportées elle n'a été pratiquée.

Ou bien, la bacillose hâte le dénouement ; les malades meurent toujours en tuberculeux plutôt qu'en cancéreux.

Reste à savoir si la thérapeutique médicale ou chirurgicale peut modifier cette évolution.

Cette coexistence est une éventualité assez rare pour que l'on n'ait jamais songé à dicter des lignes de conduite précises dans des cas si spéciaux et il faut avouer qu'il serait difficile de le faire.

Nous allons considérer ce que les différents auteurs ont fait et nous verrons ensuite si nous pouvons en déduire quelques directives générales.

Nous remarquons d'abord que le plus souvent on ne fait rien contre le cancer.

Dans tous les cas où il s'agit d'une tuberculose extralaryngée ou secondaire dans sa localisation laryngée, une notion se dégage logiquement : c'est qu'il faut traiter la tuberculose. C'est le traitement général de tout tuberculeux qui vise à combattre l'asthénie, l'amaigrissement, en un mot à éviter la déchéance de

l'organisme pour mieux résister à l'infection bacillaire. Si l'état général est déficient, les auteurs cherchent à le remonter pour permettre le traitement ultérieur du néoplasme (Chabaud, Obs. X). Pistre fait en même temps des sels d'or contre la tuberculose et de la radiothérapie contre le cancer.

Dans l'observation de Terracol, Girod et Azemar, nous relevons : thyrotomie, ablation de la tumeur et diathermo-coagulation.

Portmann, Despons et Vernier font une épiglottectomie, puis une biopsie totale un an après, suivie de diathermo-coagulation.

Chabaud (Obs. XII) fait de la radiothérapie après excision du cartilage thyroïde.

Mathieu de Challes pratiqua une intervention par les voies naturelles, elle fut insuffisante et il y eut récurrence. Dans une deuxième intervention il pratiqua une excision large après thyrotomie et il n'y eut pas de récurrence de la tumeur.

De l'étude des observations, nous relevons d'abord que l'intervention n'est pratiquée que quand le malade a un bon état général : s'il en est ainsi, ou si le traitement médical a réussi à replacer le sujet dans des conditions favorables, on peut envisager l'ablation de la tumeur.

Si le diagnostic a été porté assez précocement, un cancer limité à la partie moyenne de la corde vocale comporte un pronostic assez favorable et peut guérir après thyrotomie.

S'il s'agit de lésions plus étendues, on peut pratiquer l'ablation de la tumeur et terminer par la diathermo-coagulation ou l'électro-coagulation.

On a vu des malades présenter après l'intervention une reprise de l'appétit et des forces et un état général satisfaisant avec arrêt de l'amaigrissement (Obs. Terracol, Girod, Azemar).

On peut aussi, à côté des interventions chirurgicales, atteindre la tumeur par des radiations suivant la variété anatomo-pathologique décelée par la biopsie ; mais quelquefois, il faut faire précéder la radiothérapie par l'ablation chirurgicale des ailes thyroïdiennes et du cricoïde si celles-ci sont ossifiées (Chabaud, obs. XII).

Mais en aucun cas, on ne doit oublier que l'on a affaire à un tuberculeux.

On connaît le danger couru par un tuberculeux chez lequel une intervention est pratiquée :

S'il s'agit d'une bacillose éteinte ou latente, on risque de voir apparaître une poussée évolutive, et s'il s'agit d'une forme en évolution, ce peut être une granulie.

Il est possible qu'une simple biopsie l'ait déclenchée (Bonnamour et Gaillard).

C'est sans doute pour cela, que beaucoup d'auteurs préconisent l'abstention.

Cependant, nous savons que ce cancer est une forme à évolution lente, compatible longtemps avec un bon état général. D'après cela, si la bacillose n'apporte pas une contre-indication formelle, nous avons vu que l'on est en droit d'espérer de bons résultats de l'intervention. De plus, la récurrence, le cas échéant, n'est pas une récurrence rapide *in situ* ; le bourgeonnement se reforme lentement et si l'état général est bon,

on peut envisager une nouvelle opération (Portmann, Despons, Vernier) (Mathieu de Challes).

Il est hors de doute que l'on prolonge de beaucoup la vie du malade, à moins qu'une poussée de tuberculose ou une affection intercurrente, ne vienne hâter sa fin.

Enfin, dans les cas où il s'agit d'un cancer du larynx coexistant avec une tuberculose du larynx primitive, ou apparaissant cliniquement comme telle, c'est-à-dire dans les cas où l'on n'a pas à tenir compte de la bacillose, on peut envisager une intervention si l'état général le permet.

Mais, dans tous les cas où il s'agit d'un sujet amaigri, cachectique, il faut savoir s'abstenir : on pourra pratiquer l'alcoolisation du nerf laryngé supérieur, si la dysphagie devient trop pénible, et le malade sera surveillé en vue d'une trachéotomie éventuelle.

En résumé, nous dirons que l'on ne peut donner une ligne de conduite *ne varietur* ; le clinicien ne devra pas oublier qu'il s'agit avant tout de tuberculeux et que la néoplasie laryngée ne doit être envisagée et traitée qu'en fonction du pronostic de l'affection pulmonaire .

Il adaptera sa ligne de conduite aux diverses modalités qui pourront se présenter à lui.

Mais il s'agit de la coexistence de deux processus, tous deux d'une extrême gravité ; et si l'on doit envisager tous les moyens qui sont à notre disposition pour essayer de prolonger la vie du malade, il ne faut pas se faire d'illusion sur la valeur des résultats que l'on est en droit d'escompter.

Conclusions

I. — L'antagonisme entre le cancer et la tuberculose n'existe pas, et la coexistence de ces deux processus peut même être observée sur le même organe.

II. — Cette coexistence donne lieu aux modalités suivantes :

1° Cancer du larynx et tuberculose extralaryngée, *nous pourrions presque dire et tuberculose pulmonaire*. C'est l'éventualité la plus fréquente.

2° Cancer du larynx se développant sur une tuberculose laryngée : Eventualité plus rare.

3° Tuberculose apparaissant sur un cancer du larynx : Eventualité exceptionnelle.

III. — Pour admettre cette coexistence, les constatations cliniques ne peuvent suffire : elles doivent s'appuyer sur des recherches de laboratoire :

1° Présence de bacilles de Koch ou inoculation positive au cobaye.

2° Examens radioscopiques et radiographiques confirmatifs.

3° Biopsie profonde pratiquée au cœur de la lésion avec examens histologiques permettant d'affirmer la néoplasie.

IV. — Lorsque le cancer du larynx est associé à la tuberculose, on note habituellement les particularités cliniques suivantes :

1° Lésions laryngées souvent diffuses mais d'une teinte grise ou rosée, peu indurées, et ne saignant pas.

2° Généralisation ganglionnaire assez rare.

3° Rareté de la dyspnée laryngée : la trachéotomie n'a jamais dû être pratiquée.

4° Lenteur de l'évolution.

V. — La mort survient le plus souvent par suite des progrès de la tuberculose, parfois même au cours d'une poussée granulique.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	COLLET.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 22 Mai 1934.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

Bibliographie

- ALBRECHT (M.). — *Zeitschr. f. Krebsforsch.*, 1921, Bd. 17, S. 123.
- Sur la coexistence de cancer et de tuberculose du même organe. (*Zeitschr. f. Krebsforsch.*, t. XVII, 1920, fasc. 3, p. 525.)
- ARNOULD. — Tuberculose et cancer. (*Press Med.*, 1927, p. 267.)
- AVELLO (G.). — Cancro e tubercolosi. (*Rassegna di Clinica terapia e Scienze affini*, Agosto-Ottobre 1931.)
- BADILE. — Sull'associazione della tubercolosi con i tumori in un medesimo organo. (*Tumori*, A-IX, p. 466.)
- BAR. — Tumeur maligne du larynx chez un tuberculeux. (*Arch. intern. Laryngol.*, n° 6, 1897, p. 675.)
- *Communication au Congrès international de Médecine, section Laryngologie*, Paris, 1900.
- BAUMGARTEN. — Carcinome du larynx avec manifestations histologiques de tuberculose. (*Arch. aus Pathol. anatom. Institut zu Göttingen.*)
- BENEDETTI (P.). — Cancro e tubercolosi. Le reazioni cutanee alla tubercolina nei malati di affezioni neoglottiche, ecc. (*Bollettino dell'Ist. Sierot. Milanese*, vol. XI, fasc. XII, p. 877.)
- BOBBIO (A.). — Sull'associazione di cancro e tubercolosi. (*Il cancro*, vol. 3, fasc. 1, 1932, p. 16.)
- BONNAMOUR et GAILLARD. — Epithélioma du larynx et tuberculose pulmonaire. (*Soc. des Sciences Méd. de Lyon*, 5 avril 1933 ; *Lyon Médical*, p. 475.)

- BONNET, BRÉMOND et ROUSLACROIX. — Ulcération cancéreuse du larynx avec adénopathies de voisinage tuberculeuses. (*Com. Méd. des Bouches-du-Rhône*, mai 1929.)
- BRYCHTA. — Combinaison de cancer et de tuberculose du vagin. (*Bratislava Le Karske Listy*, juillet 1929.)
- BUCK (R. C.). — Malignancy coexistent with pulmonary tuberculosis ; report of case. (*U. S. V. and Bur. M.*, Bull. 7, 509-510, May 1931.)
- BUFORD. — Report of case of tubercular salpingitis and adenocarcinoma of ovary. (*West Virg. Med. J.*, 26, 221, April 1930.)
- BURDEL. — Le cancer comme souche de tuberculose. (*Acad. de Méd. de Paris*, 1869.)
- CABOT. — Tuberculosis of lungs with formation cavity ; carcinoma of fundus of uterus ; abdominal carcinomatosis. (*New-England J. Med.*, 204, 1313-1316, June 18, 1931.)
- CARLSON (R.) et BELL (E.). — A statistical study of the occurrence of cancer and tuberculosis in 11,195 postmortem examinations. (*The Journ. of Cancer research*, XIII, 29.)
- CAUSSADE (G.), MILHET (J.) et ISIDOR (P.). — Association de la tuberculose pulmonaire avec le cancer. (*Art Médical*, 15 sept. 1932.)
- CENTANNI (E.). — Cancro et Tubercolosi associati. (*Il congresso lega It. per la lotta contro il cancro*, Bologna, 1931.)
- CENTANNI et REZZESI. — Studio sperimentale sull'antagonismo fra tubercolosi e cancro. (*La Riforma Medica*, An. XLII, n° 9, 1926.)
- CHABAUD (J.). — Cancer du larynx et tuberculose. (*Revue de laryngol., d'oto et de rhinologie*, Bordeaux, 48^e année, n° 19, pp. 585 à 593.)
- CHALIER et REBATTU. — Cancer généralisé chez un tuberculeux pulmonaire. (*Lyon Méd.*, 14 mai 1911.)

- CHALIER et NOVÉ-JOSSERAND. — Cancer de l'œsophage chez un tuberculeux pulmonaire cavitare. (*Lyon Méd.*, 1911.)
- CHERRY. — Cancer and acquired resistance to tuberculosis. (*Med. Journ. of Australia*, 1925, p. 581.)
- The tuberculosis bacillus and cancer in mice. (*Med. Journ. of Australia*, No. 6, Feb. 9, 1929, p. 160.)
- Cancer and tuberculosis development of malignancy. (*Lancet*, I, 285, Feb. 7, 1931.)
- CHEVALLIER-GUICHARD. — A propos de deux cas de cancer laryngé chez des tuberculeux pulmonaires. (*Soc. des Sciences méd. de Lyon* du 5 avril 1933 ; *Lyon Médical*, p. 444.)
- CLAUDE. — Cancer et Tuberculose. (*Thèse*, Paris, 1921. Bail lière, 1900.)
- CLAUSS (F.). — De carcinomate et tuberculosi in eodem homine adjaectis quattuor exemplis. (*Inaug. Dissert. Graifswald*, 1862.)
- CLÉJAT et LEPAGE. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 21 août 1904.
- CLELAND. — Malignant growths and tuberculosis. (*Proc. Roy. Soc. Med., Sect. Path.*, 23, June 17, 1930.)
- CLEMENT. — Ueber seltener Arten der Combination von Krebs und Tuberculose. (*Virchow's Arch.*, 139.)
- CLIFFORD BEALE. — Epithélioma du larynx et œsophage avec tuberculose testiculaire et pulmonaire. (*Revue de Laryngologie*, 1897, p. 277.)
- COLÉY (William B.). — Cancer and tuberculosis. (*Am. Journ. Surg. New-York*, May 1929, 6, No. 5, pp. 67-69.)
- CÔLLET. — *Tuberculose du larynx*. (Doin, édit., 1913.)
- COOKE. — Relation of cancer and phtysis. (*Med. Times and Gaz.*, May 1866.)
- CORDUA. — Ein Fall von Krebsig Tuberkulosen Geschwur. der Oesophagus. (*Göttinger Path. Inst.*, 1893.)
- CORSONELLO. — Sul preteso antagonismo tra tubercolosi e cancro. (*Nuova Medicina Italica*, N° 4, 1931.)

- CRAWFORD. — Chronic interstitial mastity (Tubercular) with carcinoma. (*Lancet*, 1892, Vol. I, No. 15.)
- CROISIER (L.). — Cancer et Tuberculose. (*Loire Médicale*, septembre 1928.)
- CRONE. — Ein Tuberkel-carcinom des Kehlkopfs. (*Arb. aus dem Path. Inst. zu Tübingen*, Vol. 2, Heft 1.)
- CULOTTA. — Can quale possibile meccanismo le cellule blastomatosi maligne potrebbero influenzare il decorso della tubercolosi. (A proposito di antagonismo tra cancro e tubercolosi.) (*Patholog.*, N° 474, p. 189, Anno XXIII.)
- D'AGATA. — Amputazione del retto e prostata vescicolectomia totale per comcomitante processo neoplastico e tubercolare. (*Arch. It. di Chir.*, 1922, fasc. VI.)
- Su un interessante caso di cancro e tubercolosi. Infiammazioni croniche e tumori sperimentali. (*Atti 2 Conv. Lega. It. per la lotta contro il cancro*, Bologna, 1931.)
- D'ASBONNETS. — Du développement de l'épithéliome sur le lupus. (*Thèse de Paris*.)
- DAMEROW. — Cancer coexisting with tuberculosis. (*Color. Med.*, August 1927, Vol. 24, No. 8, p. 250.)
- DELBET-MONOD. — Tuberculose et Cancer. (*Bull. Assoc. franç. p. l'étude du Cancer*, Paris, 1920, IX, 153.)
- DERISCHANOFF. — Die Complication von Lungenkrebs und Lungentuberkulose in jungen Alter. (*Zeitschr. f. Krebsforsch.*, Berlin, 1928, 26, n° 4, p. 275.)
- Eine Kombination von Krebs und Lungentuberkulose. (*Zeitschr. f. Krebsforsch.*, 36, 82-92, 1932.)
- DESSAINT. — Métastase épithéliomateuse dans un ganglion tuberculeux. (*Ann. anat. path. et anat. méd. chir.*, Paris, nov. 1927, 4, n° 8, p. 937.)
- DROUIN. — Coexistence de tuberculose ganglionnaire axillaire et de cancer d'un sein tuberculeux. (*Soc. Méd. de La Rochelle*, juillet 1930.)
- DUPONT. — Une statistique sur les associations du cancer et de la tuberculose. (*Thèse*, Paris, 1921, n° 605.)

- DURAND. — Quelques réflexions d'un praticien sur le cancer et la tuberculose à la campagne. (*Arch. Méd. Chir. Prov.*, juin 1927, p. 222.)
- EJVIND-FENGER. — Active tuberculosis and cancer in the same individual. (*Min. Med.*, No. 5, May 1929, p. 271.)
- EDSALL and PEPPER. — Tuberculous occlusion of the œsophagus with particular cancerous infiltration. (*Journ. Amer. of the Med. Sciences*, vol. 114, p. 44, 1897.)
- FALKENBERG. — Bronchialkarzinom und Lungentuberkulose. (*Tuberkulose*, 12 : 53, March 10, 1932 ; 69, April 10, 1932.)
- FALTIN. — Gleichzeitiges vorkommen der Tuberkulose und Karzinom im Magen. (*Acta Chir. Scandinavica*, vol. LXI, fasc. IV, 1927, p. 331.)
- FISCHER. — Communication à l'Association Médicale de Fribourg, 12 nov. 1909.
- FINDENSEN. — Coexistence de cancer et tuberculose. (*Magyar Orvosi Arch.*, 31, 391, 1930.)
- FORTUNE. — Statistical study of coincidence of malignancy and tuberculosis. (*Ann. Int. Med.*, 3, 495, nov. 1929.)
- FRANCO. — Intorno all'associazione di tumori e tubercolosi nel medesimo organo. (*Boll. Cult. Scienze Mediche*, Cagliari, 1907.)
- FRAENKEL. — Der Kehlkopfkrebs, seine Diagnostic und Behandlung. (*Deutsche Medic. Wochen*, 1889.)
- FRIEDLANDER. — Cancroid in einer Lungcaverne. (*Fortschritte der Medicin*, 1885.)
- GAILLARD-DONZELOT. — Cancer et tuberculose d'un poumon. (*Soc. Méd. des Hôp.*, 1912, t. XXIII, p. 89.)
- GAREL. — Communication au Congrès international de Médecine, Paris, 1900.
- GAVIN-JUNG. — Epithélioma and tuberculosis of larynx. (*Proc. of the Ot. and Laryng. Scottish Soc. of Glasgow*, 29 novembre 1930.)
- GENNARI PORTA. — Sopra un caso di cancro su lupus. (*Ateneo Parm.*, vol. IV, fasc. I, 1932.)

- GOGLIA. — Sul preteso antagonismo tra tubercolose e cancro. (*Minerva Med.*, 1928, n° 31.)
- GOYET et NAUSSAC. — Sur l'association tuberculo-cancéreuse dans le poumon à propos de deux cancers du poumon greffés sur une caverne tuberculeuse. (*Lyon Médical*, 1931, n° 48, pp. 648-651.)
- GRIFFINI. — Contribuzione alla pathologia generale del tessuto cilindrico. (*Gaz. d. Clin. d. Torino*, 1875.)
- HARBITZ (F.). — Samtidig forekomst av. tuberkulose og cancer i fordiesleskanalen. (*Norsk Magazin for Laegevideuskapen*, Oslo, juillet 1927, n° 7.)
- HARADA. — Ueber einen Fall von primären Coecumkrebs mit tuberkulösen Veränderungen. (*Gann.*, 24, 21, 1930.)
- HARTMANN et RENAUD. — Sur un cas de cancer du sein. Epithélioma et tuberculose histologique. (*Bull. de l'Assoc. Franç. pour l'étude du Cancer*, 1920, t. IX, p. 299.)
- HERRENSCHMIDT. — Cancer et Tuberculose. (*Bull. de l'Assoc. Franç. p. l'étude du Cancer*, Paris, 1921, t. X, p. 300.)
- HOCHE. — Sur l'influence de la tuberculose sur le carcinome. (*Wiener Klin. Wochenschrift*, t. XLV, n° 19, p. 589, 6 mai 1932.)
- Tuberculose et Cancer. (*Wiener Klin. Wochenschrift*, Wien ; *Presse Médicale*, n° 74, 14 septembre 1932.)
- HERTZ et LEBIÈVRE. — Epithélioma pariétal sous-ombilical avec association de tuberculose. (*Ann. path. et anat. méd. chir.*, Paris, mars 1927.)
- HERXHEIMER. — Ueber Karzinom und Tuberculose. (Fortschr. f. Johannes Orth. zum 70 Geburtstag am 17 Jan. 1917.) (*Rif. Mediz. Münch. Woch.*, p. 451.)
- HUEPÉR (W.). — Tuberculosis and carcinoma. (*The Amer. Review of Tub.*, XXII, 30, 271.)
- JACKINS. — Tuberculose laryngée compliquée d'épithélioma. (*Semons Zentralblatt für Lanjug.*, 1895.)
- JEANNENEY. — Tuberculose et cancer sur un même ganglion. (Avec DUVERGEY, *Journ. Méd.*, Bordeaux, 25 déc. 1921.)

- JOHOK. — La coexistence dans le même organe de lésions tuberculeuses et néoplasiques. (*Revue de la Tuberculose*, 1926.)
- JOYON. — Sur un cas de diagnostic douteux entre tuberculose et cancer du larynx. (*Soc. Franç. Laryng.*, 1907, p. 580.)
- KALLENBERGER. — Combination von Tuberkulose und Karzinom der Mamma. (*Inaug. Dissert.*, Tübingen, 1902.)
- KLAGES. — Hodenkrebs bei alter Nebenhoden-tuberkulose. (*Zeitschrift. J. Krebs.*, 31, 587, 1930.)
- KOLYNACH. — Tubercolosi e cancro sul dorso della mano. (*La Presse Médicale*, n° 29, 1914.)
- KRISHABER. — *Annales mal. or.*, sept. 1879, p. 288.
- LAMBIAS OROSCO. — Un caso de asociacion de cancer y tuberculosis pulmonar. (*Arch. de Tisiol.*, N° 2, Julio-Sept. 1928, p. 152.)
- LÉPINE. — *Annales mal. or.*, sept. 1879, p. 187.
- LEROUX-LELIÈVRE. — Epithélioma mélanique et tuberculose. (*Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 6 janv. 1927.)
- LETULLE. — Tuberculose pulmonaire et cancer primitif du poumon. (*Soc. Anat.*, juin 1930.)
- LORENZETTI (C.). — Tubercolosi uropionefrosi calcolosa e tumore di Gravitz nello stesso rene. (*Clin. Chir.*, n° 3, 1930.)
- LORRAIN. — Tumeur de la cloison nasale tuberculeuse et épithélioma. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Paris*, XCI, 6^e série, t. XVIII, n° 7, juillet 1921.)
- LUCCHESI (G.). — Tubercolosi e cancro della mammella associati. (Contributo clinico ed anatomo-patologico.) (*Annali Ital. di Chir.*, vol. X, fasc. II, 1931.)
- MARSCH. — Tuberculose et sarcome. (*Zentralblatt für Chir.*, n° 29, juillet 1922.)
- MATHIEU DE CHALLES. — Cancer du larynx et tuberculose. (*Soc. Franç. Laryngol.*, 1907.)
- MATZ. — Coincidence of malignancy and tuberculosis. (*U. S. Vet. Bur. M. Bull.*, 6, 939, nov. 1930.)

- MEAGHER R. OISENHARDT. — Intracranial carcinomatous metastases with note on relation of carcinoma and tubercle. (*Ann. Surg.*, 93, 132, janv. 1931.)
- MÉNÉTRIÉR. — Cancer du poumon et de la plèvre. (Brouardel, *Traité Méd. et Thér.*, t. VIII.)
- MOLINIÉ. — *Les tumeurs malignes du Larynx*. (Maloine, éditeur, 1907.)
- MORESTIN. — Du cancer développé sur le loup. (*Assoc. Franç. Chir.*, 1903.)
- MORELL et MACKENZIE. — *Traité pratique des maladies du Larynx*.
- MORRIS WOLFENDEN. — *Journal of Laryngology*, déc. 1892.
- PALLASSE et ROUBIER. — Cancer cérébral chez un tuberculeux pulmonaire. (*Lyon Médical*, 13 juillet 1911.)
- PAMPANINI. — Contributo alla casistica dell'associazione tuberculare e neoplastica genitale. (*Annali d. Ost.*, 1933.)
- PACINOTTI. — Probabile correlazione tra contemporanea invasione di tubercolosi primitiva e carcinoma dell'utero. (*Clin. Chir.*, 1907.)
- PEARL. — Cancer and tuberculosis. (*Amer. Journ. of Hyg.*, IX, 29, 97.)
- PESSAR (H. T.). — Lung cancer and lung tuberculosis. (*New-York State Journ. Med.*, 31, 413, April 1, 1931.)
- PETRIDIS. — Association de cancer et de tuberculose du corps de l'utérus. (*Bull. Soc. Obst. et Gynéc.*, 20, 700-704, nov. 1931.)
- PETTINARI. — L'antagonismo tra neoplasie maligne e tubercolosi (*Annali Ital. di Chir.*, vol. XI, Fasc. II, p. 140).
- PHILLIPS. — Some pathological observations on the incidence of tuberculosis and of cancer in five hundred autopsies (*Virg med. Monthly*, n° 10, janvier 1921, p. 685).
- PISTRE. — Cancer du larynx et tuberculose (*Communication à la Société de Laryngologie de Lyon*, 12 mars 1934).
- PJLUGRADT. — Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Krebs und Tuberkulose im menschlichen (*Ztschr. f. Krebsforsch.*, 35, 164-169 ; 1932).

- POLIZZI. — Associazione di cancro e tubercolosi nello stesso individuo (*Rinascenza med. Napoli*, 1928, 5, N. 24).
- PORTMANN, DESPONS et VERNIER. — Epithélioma endolaryngé chez un bacillaire (*Journal Méd. Bordeaux*, 1929, n°5, p. 146).
- PORTMANN. — Fibro-tuberculome du larynx (*Presse Médicale*, 1920, p. 101).
- PORTMANN et TRAUTMANN. — Sur un cas de diagnostic de tuberculose et cancer laryngé (*C. R. Société Anat. Clin. Bordeaux*, 17 janvier 1927 ; *Journal Méd. Bordeaux*, 10 mars 1927, 104, n° 5, p. 194).
- POWEL-WHITE. — Note sur l'association du cancer et de la tuberculose (*The Lancet*, vol. CCVIII, n° 5298, 14 mars 1925).
- PREDAROLI Th. — Cancro e tubercolosi associati, a proposito di un caso di cancro e tubercolosi primitivi del laringe (*Arch. It. per. le mal della Trach.Bron. Esoph.*, anno II, 1934, XII, n° 1).
- PUECH. — Cancer de la trachée et tuberculose pulmonaire (*Montpellier Médical*, 1888).
- PUCCIONI. — Tuberculosis and cancer of uterus case (*Folia Gyn. Paris*, 1927, P. I.).
- REBATTU et PERRON. — Cancer du larynx et tuberculose (*Communication à la Société de laryng. d Lyon*, 12 février 1934).
- RENAUD et ARTMANN. — Sur un cas de cancer du sein. Epithélioma et tuberculose histologique (*Bull. Assoc. Franç. pour l'étude du cancer*, 1920, t. IX, p. 299).
- REZZESI-CENTANNI. — Studio sperimentale sull' antagonismo fra tubercolosi et cancro (*Rif. Med.*, anno XLII, n° 9, 1926).
- RIBBERT. — Carcinoma und Tuberkulose (*Münch. Mediz. Wochensch.*, 1894, 17 ; *Deutsch Mediz. Wochensch.*, 181 et 96).
- ROBINSON. — Carcinome du larynx consécutif à une tuberculose de cet organe (*Ann. mal. or.*, 1899, t. 1, p. 47).

- ROKITANSKY. — Ueber Carcinom und wechselseitige Ausschließung verschiedener Krankheitprozesse u. s. w. (*Oest Med. Jahrb.*, 1838).
- ROUX (J.). — La tuberculose et le cancer (*Revue de la tuberculose* 10, 488, Aug. 1929).
- Tuberculose et cancer (*Revue de la tuberculose* 13, 80-84, janv. 1932).
- RUAULT. — *Communication cong. intern. Med. sect. Laryng.*, Paris, 1900.
- SANCHEZ, LUCAS, GOMEZ, GUTTIEREZ. — Carcinoma y tuberculosis del laringe (*Arch. Españoles de Oncología*, t. III, Cuaderno 2; pages 149 à 154, Madrid, 1932).
- RUMMEL-KARDT. — Sur l'association de tuberculose et cancer (*Wien. Klin. Wochr.*, août 1932).
- SCALONE. — Un caso di epithelioma del collo dell'utero associato a tubercolosi papill. (*Atti Soc. Ital. di chir.*, Roma, 1909).
- SCARPARELLO. — Di un carcinoma cutaneo impiantatosi su di una fistola tubercolare (*Gazz. Intern. Med. Chir.*, Napoli 1905, n° 15, p. 285).
- SCOTT. — The coexistence of carcinom and tuberculosis of the mammary gland (*Amer. Journ. of Med. Sc.*, 1899, vol. CXVIII).
- SCHEIDEGGER. — Karzinom und Tuberkulose in gleich Mamma (*Inaug. dissert.*, Zürich, 1904).
- SGAMBATI. — Lo sviluppo sul cancro nelle ghiandole linfatiche (*Policlinico. Sez. Chir.*, n. 2, 1900).
- SCHWALBE (F.). — Entwicklung eines primären carcinoms in einen tuberculosen Caverne (*Virch. Arch.*, vol. 149, 1897, 5, 329).
- SEMON. — *Journal of laryng.*, nov. 1907.
- Diagnostic différentiel de tuberculose syphilis et cancer du larynx (*Revue de laryng.*, 1929, p. 352).
- SPENCE (G. S.). — Associated carcinoma and tuberculosis with generalized métastasis throughout osseous system (*M. Bull. Vet. Admin.*, 7, 1075-76, nov. 1931).

- SPRUNG. — Carcinoma and tuberculosis of stomach ; report of case with review of literature (*Surg. gyn. obst.*, 51, 245, aug. 1930).
- SUTHERLAND BEAL. — Pulmonary neoplasm simulating tuberculosis in adolescence (*Tubercle* II, 529, sept. 1930).
- SUZNET. — La relation entre le cancer et la tuberculose (*Ind. analyt. cancerologiae*, 1928, p. 366).
- SUZUE KITASUE. — Relation entre cancer et tuberculose (*Tokio*, déc. 1927, n° 4, pp. 26-27).
- TADDEI. — Ricerche istologiche sopra una metastasi cancerina in gangli linfatici tubercolari (*Arch. Scienze Med.*, vol. n° 17, 1910).
- TAVERNARI. — Asservazioni statistiche sopra una metastasi cancerina in gangli linfatici tubercolari (*Archiv. Scienze Med.*, vol. n° 17, 1910).
- TEUTSCHLAENDER. — Antagonism between tuberculosis and cancer immunity to Rous's sarcoma produced by experimental tuberculous infection (*Ztschr., f. Krebs*, 30, 482, 1930).
- TRAMONTANO. — Un caso di tubercolosi della mammella associato a cancro (*Rivista e patol e clin della tubercolosi*, 1929, p. 156).
- TROUSSEAU et BELLOC. — *Phtisie laryngée*, 1832.
- TSUNEHISA. — Ueber einen Kombinationsfall von Tuberkulose des Magens (*Gann*, 24, I, 1930).
- TUCKER (G.). — Case of chronic hoarseness (ulcerative laryngitis) showing tuberculosis and cancer in same lesion (*J. A. M. A.*, 96, 1572-1573, May 9, 1931).
- VAN VOORTHUYSEN. — Tuberkulose mit Kankroid des Kehlkopfes (*Acta oto-laryng.*, 14, 525-531, 1930).
- VERNICCHI (C.). — Sull' associazione di tubercolosi e cancro in un medesimo organo (*Clin. Chir. Nuova serie*, Anno VII (XXXIV), fasc. IX, p. 1010).
- VITTOT (M.). — Cancer annulaire du rectum chez un tuberculeux (*Soc. Gastro-Enterol.*, Paris, 18 oct. 1929 ; *Arch. mal. app. dig. et mal. nutrition*, Paris, nov. 1929, n° 9).

- VOGEL. — Carcinom, Lues und Tuberkulose in einem larynx
(*Vereinigung der deutschen ohren Nasen und Kihlkop-
färzte in der Tschechoslowakischen Republik, Prag.*
Sitzung vom, 12, IV, 1931).
- WIRCHOW. — *Pathologie des tumeurs*, tome II, page 125.
- WILSON et H. C. MAHER. — Cancer and tuberculosis with some
comments on cancer and other diseases (*Am. J. Cancer*,
16, 227-250, March 1932).
- WOLF (R.). — Magentuberkulose und Magencarcinom (Ein
Beitrage zur der carcinonentstehung auf dem Boden von
tuberkulose) (*Zeitschr. f. Krebsforsch.*, Berlin, 1930, 30,
n° 5, pp. 482-497).
- ZENKER. — Karcinom und tuberkulose in selben Organ. (*Dtsch.*
Arch. f. Klin. Med. Bd 47, 5, 191, 1891 et in *Jarb. f.*
Kinderheilk., Bd. 57, 5, 444, 1903.)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE I. — <i>Historique</i>	13
CHAPITRE II. — <i>De la coexistence de la tuberculose et du cancer chez le même individu</i>	21
CHAPITRE III. — <i>Observations</i>	31
§ 1. Cancer du larynx et tuberculose extra-laryngée	32
§ 2. Cancer du larynx apparaissant au cours de la tuberculose laryngée	55
§ 3. Tuberculose laryngée se développant sur un cancer du larynx	60
<i>Tableau synoptique</i>	
CHAPITRE IV	65
§ 1. Rapports du cancer et de la tuberculose.....	65
§ 2. Particularités cliniques	76
CONCLUSIONS	89
BIBLIOGRAPHIE	91



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 IMPRIMEURS - ÉDITEURS 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 00 00 00 LYON 00 00 00 00



